



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
4º ANO

**A Importância das Intervenções de Enfermagem na Prevenção de Úlcera de
Pressão em Utentes Acamados**

Ivanízia Silva Josefa, nº 2301

Mindeló, Setembro de 2014

A Importância das Intervenções de Enfermagem na Prevenção de Úlceras de Pressão em Utentes Acamados

Discente: Ivanízia Silva Josefa, nº 2301

“Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem”.

Orientadora: Acélia Mireya Cáceres

Mindelo, Setembro de 2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho em primeiro lugar aos meus pais, Isabel Silva e Manuel Josefa que fizeram de tudo para que eu chegasse até aqui, também pelo apoio, perseverança e muito amor mesmo estando longe. Sem a vossa bondosa ajuda e força não teria sido possível, a realização deste trabalho e nem chegado até onde estou.

Aos meus irmãos pelo apoio, carinho, amor, motivação e também pelo facto de eles existirem, sem as quais seria muito difícil terminar esta longa jornada.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à minha família, em especial aos meus pais e irmãos que me deram força e apoio durante esta longa caminhada, pois foram e continuarão a ser as pessoas mais importantes da minha vida.

Agradeço à minha orientadora, Mireya Cáceres pela disponibilidade, ajuda e apoio que me proporcionou durante a realização deste trabalho.

A professora Sahida-Alina que me acompanhou e me ajudou muito no que tocava a parte metodológica.

A professora Romana Flores, pelo apoio e ideias brilhantes que me concedeu em alguns momentos do trabalho.

Ao professor João Santos, pela sua disponibilidade, apoio e pelo grande contributo que deu na concretização deste trabalho.

Aos docentes que partilharam as suas experiências e conhecimentos no meu processo de aprendizagem.

Aos enfermeiros do Hospital Batista de Sousa, que participaram na realização deste trabalho e pela contribuição no meu decurso de aprendizagem.

Ao meu namorado pela sua preocupação, apoio, amor e carinho nos momentos difíceis.

Aos meus amigos e colegas que estivemos juntos nessa longa caminhada, partilhando as nossas ideias e preocupações.

Enfim agradeço a todos aqueles que participaram de uma forma directa, ou indirectamente na realização deste trabalho.

EPÍGRAFE

«A disposição e a atitude da pessoa perante a vida reflecte-se na sua postura e no movimento».

Virgínia Henderson, 2007

RESUMO

A prevenção das úlceras de pressão constitui um desafio para todos os profissionais de saúde em especial, a equipa de enfermagem que está mais directamente ligada aos cuidados de longa duração e que também estabelece uma ligação à uma boa qualidade de saúde.

Diante desta realidade, verifica-se uma grande necessidade de adaptar e melhorar certas medidas preventivas com o propósito de diminuir o sofrimento dos utentes que muitas vezes tem problemas na mobilidade e por isso permanecem muito tempo na cama, desenvolvendo assim úlceras de pressão. E para que isto não aconteça é preciso conhecer toda a abordagem das úlceras de pressão, nomeadamente os grandes factores de riscos que estão na origem deste problema, para uma melhor tomada de decisão na área preventiva.

A partir desta reflexão, surgiu este presente trabalho com o objectivo principal de conhecer as intervenções de enfermagem que visam a prevenção de úlceras de pressão nos utentes acamados, realizados no Hospital Batista Sousa, particularmente nos serviços de cirurgia e de medicina.

Para dar resposta ao principal objectivo optou-se primeiramente por uma revisão bibliográfica e exploratória dos principais conceitos para uma melhor compreensão do tema em estudo, seguida do método de pesquisa qualitativa que permitiu compreender bem o fenómeno na sua dimensão mais ampla. E, para a recolha das informações, aplicou-se a técnica de entrevista semi-estruturada à 6 enfermeiros dos serviços de cirurgia e de medicina do Hospital Batista Sousa, respeitando assim os princípios éticos conhecidos.

Deste estudo realizado, pode-se constatar que os enfermeiros dos serviços anteriormente referidos, adoptam várias estratégias para prevenirem as úlceras de pressão, de acordo com os recursos e conhecimentos disponíveis. Entretanto nota-se uma grande necessidade de aperfeiçoar ainda mais as práticas preventivas experimentando novos recursos utilizados na prevenção das úlceras de pressão, investir mais nos meios tanto materiais como humanos e também no melhoramento do trabalho em equipa, para tomar certas decisões dirigidas aos utentes com uma certa dependência.

Palavras-chave: Utentes acamados, úlcera de pressão, prevenção, intervenções de enfermagem

ABSTRACT

The prevention of the pressure ulcers represents a challenge to all the professionals of health, especially to the nursing team which is directly connected to the long term care and which also guarantee a good health quality.

Facing this reality, we see a great need to improve and adapt certain preventive measures in order to minimize the patients' suffering, who often have mobility problems and so they remain a long time in bed, which lead them to develop pressure ulcers. And to avoid this from happening it is necessary to know all the pressure ulcers approach, namely the big risk factors which are the source of this problem for a better decision making in the prevention area.

Starting from this reflection, this present work appeared with the main objective of knowing the nursing interventions that seek the prevention of pressure ulcers in the patients who lie in bed, accomplished at the Hospital Batista de Sousa, particularly in the surgery and medicine services.

To accomplish the main goal of this study we decided to do a bibliographical and exploratory revision of the main concept for a better understanding of the theme in study, followed by a qualitative research which allowed us to well understand the phenomena in its larger dimension. And for the gathering of information, the technique of semi-structured interview was applied to six nurses of the surgical and medicine services of the Baptista de Sousa Hospital, thus respecting the known ethical principles.

From the done study we conclude that the nurses of the previously referred serves adopt a verity of strategies to prevent pressure ulcers, according to the available resources and knowledge. Meanwhile, we noticed a great need to improve the preventing techniques and methods used in the prevention of pressure ulcers; to invest more in human and material resources, and also to improve the team work in order to take certain decisions toward the patients with certain dependency.

Key words: in bed patients, pressure ulcer, prevention, nursing interventions.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1 A Enfermagem e a Teoria de Virgínia Henderson.....	14
1.2 As Considerações sobre a Pele, sua Constituição e Funções	18
1.3 As Úlceras de Pressão	20
1.3.1 Classificação das úlceras de pressão	21
1.3.2 Etiologia das úlceras de pressão	22
1.3.3 Os factores de risco das úlceras de pressão	24
1.3.4 Os locais susceptíveis de desenvolver úlcera de pressão	29
1.4 A Prevenção das Úlceras de Pressão	30
1.4.1 A avaliação dos riscos	32
1.4.2 Os Cuidados de Enfermagem	35
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO.....	42
2.1 A Fase Metodológica	43
2.1.1 Abordagem qualitativa	44
2.1.2 As técnicas de pesquisas	45
2.1.3 As questões éticas.....	49
2.1.4 O meio da pesquisa	51
CAPÍTULO III - ANÁLISE, DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	52
3.1. Uma Breve Abordagem sobre esta Etapa.....	53
3.1.1 Caracterização dos participantes	53
3.1.2 Análise e discussão das informações.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS.....	77

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Escala de Norton para avaliação do grau de risco de úlcera de pressão.....	78
Anexo 2- Escala de Braden para avaliação do grau de risco de úlcera de pressão	79
Anexo 3 - Requerimento da coordenação do curso de enfermagem para solicitar autorização a direcção do Hospital Batista Sousa.....	80
Anexo 4- Requerimento para solicitação de autorização para o estudo	81
Anexo 5 - Guião de entrevista para os enfermeiros	82
Anexo 6- Termo de consentimento livre e esclarecido	84

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, surgiu no âmbito do curso de Licenciatura em Enfermagem com o propósito de adquirir e aperfeiçoar conhecimentos sobre o tema estudado e também sobre as várias etapas percorridas na elaboração de um trabalho científico.

Na óptica do cuidar em saúde, destaca-se uma grande inquietação no que diz respeito às úlceras de pressão que surgem em utentes que apresentam dificuldades na mobilidade e esta situação é visível principalmente durante o internamento em determinados serviços de saúde. Assim, é importante salientar a importância das várias intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na tentativa de prevenir estas complicações.

Segundo Morison (2004, p.61) “as dificuldades surgem nas populações locais de utentes com necessidades variadas, tais como medicina gerais e serviços de cirurgia ou em serviços comunitárias”. Entretanto “nestes ambientes, esquemas de trabalho que facilitam a decisão, desenvolvidos a nível local, [...] podem ter valor para apoiar o processo de tomada de decisão e definir níveis de qualidade mínima para a prática” (*Ibidem*).

O tema elegido é “**A importância das intervenções de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão em utentes acamados**”. Este constitui uma preocupação para os enfermeiros interessados em cuidar de utentes com dificuldades na mobilização. Para além da realidade observada durante a realização dos ensinios clínicos ter influenciado a escolha do tema, um outro factor que também impulsionou para a sua escolha, parte das vivências pessoais do dia-a-dia com pessoas próximas, e também pela preocupação de outros indivíduos que já presenciaram este facto.

A problemática que foi adoptada e que serviu de apoio neste estudo, foi o facto de constatar-se que, na nossa realidade como em outras, observa-se a presença de complicações que surgem em utentes que muitas vezes têm grandes dificuldades em mobilizar-se e possuem uma grande dependência de outros. Esta situação se aplica, a utentes que tendem a desenvolver úlcera de pressão quando estão limitados ou incapacitados para realizar a sua actividade.

Trata-se de um problema que tem sido presente desde há muito tempo, afectando muitas pessoas, que se encontram internadas nos serviços de saúde ou no seio da comunidade familiar. Diante deste facto, Cruz, *et al*, (2007, p.65) afirmam que “as úlceras de pressão são ainda, infelizmente, uma realidade com que se tem de contar quer ao nível das instituições de saúde, quer ao nível domiciliário”.

Apesar de muitos esforços que já têm feito e que continuam a ser feitos, ainda há muitos casos de úlceras de pressão, resultante muitas vezes, da falta de medidas preventivas de base, de condições favoráveis e económicas e também por falta do pessoal suficiente, visto que a demanda é maior. No caso das nossas instituições de saúde, infelizmente isto é visível porque nem sempre possuem todos os meios necessários para a devida prevenção.

Portanto “se é verdade que nas últimas décadas, muitos passos se deram para a sua prevenção, não é menos verdade que outros ainda se tem de dar, ainda maiores, face ao aumento das oportunas exigências sociais [...]” (Cruz *et al*, 2007, p. 65). Uma vez que “nem sempre a dotação do pessoal de enfermagem é suficiente” (*Ibidem*).

Este fenómeno, merece uma atenção profunda, pois constitui objecto de discussão de muitos autores sobre o impacto na qualidade de vida do utente e também de preocupação de várias instituições de saúde devido aos elevados custos. Segundo Ferreira *et al*, *apud* Pini, 2012, p.2 “esta questão tem vindo a merecer crescentes preocupações de ordem política e económica uma vez que as úlceras de pressão, afectam a qualidade de vida do indivíduo [...] e significam uma sobrecarga económica para os serviços de saúde”.

A sua prevenção traz benefícios para o utente, pois fica prevenido de ter um agravante da sua patologia e favorece a diminuição do tempo de internamento e do sofrimento físico e psicológico. Para a equipa de enfermagem, mostrando que está exercendo a sua profissão com qualidade e para a instituição de saúde reduzindo assim os custos hospitalares. Perante esta situação, surgiu essa vontade e curiosidade de desenvolver este tema, para descobrir e compreender mais, sobre a actuação dos enfermeiros na área de prevenção e também para adquirir mais conhecimento sobre o tema em estudo.

Por esta razão pode-se acreditar que a prevenção de úlceras de pressão constitui um factor crucial no aumento da qualidade de vida e constitui um obstáculo de certas complicações. Ela é mais abordada pelos enfermeiros, porque são os profissionais de saúde que estão mais próximos dos utentes prestando cuidados holísticos.

Assim, para dar sustentabilidade ao estudo foi necessário elaborar uma pergunta de partida que vai de encontro com as expectativas do estudo. A pergunta de partida adoptada foi a seguinte: Como os enfermeiros intervêm na prevenção de úlceras de pressão em utentes acamados, nos serviços de cirurgia e de medicina do Hospital Batista Sousa?

De acordo com Fortin (2009, p.53) “uma pergunta de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui os conceitos em estudo”. Além disso “ela indica claramente a direcção que se pretende tomar [...]”.

Tendo em conta as características do referente estudo, tomou-se como campo empírico o Hospital Batista Sousa, especificamente os serviços de cirurgia e de medicina.

E para dar resposta a pergunta de partida referida anteriormente foi elaborado o seguinte objectivo geral: conhecer as intervenções de enfermagem que visam a prevenção de úlceras de pressão nos utentes acamados, realizados no Hospital Batista Sousa, particularmente nos serviços de cirurgia e de medicina. E como objectivos específicos foram traçados os seguintes:

- Identificar quais os conhecimentos dos enfermeiros acerca dos conceitos e factores de riscos das úlceras de pressão;
- Conhecer os critérios utilizados pela enfermagem para avaliar os riscos de desenvolvimento de úlceras de pressão;
- Identificar quais os cuidados da pele e do estado nutricional prestado ao utente na prevenção das úlceras de pressão.

Este trabalho encontra-se organizado em três capítulos: no primeiro encontra-se o enquadramento teórico, onde é realizado uma revisão de literatura dos vários conceitos relacionados, sendo efectuada uma breve abordagem da teoria de Virgínia Henderson sobre a enfermagem. Depois é exposto as noções sobre a pele, as suas características e funções, de seguida é abordado os principais conceitos das úlceras de pressão.

E ainda é desenvolvido os aspectos mais específicos ligados à prevenção das úlceras de pressão.

O segundo capítulo aborda aspectos de natureza metodológica, na qual é descrito as características do tipo de abordagem do estudo usada, a técnica utilizada na recolha de informações, o meio onde foi desenvolvido a pesquisa e questões éticas.

No terceiro capítulo é efectuado a análise, discussão e apresentação dos resultados obtidos. Ainda neste capítulo, encontra-se as considerações finais onde é feito uma retrospectiva do trabalho e das contribuições mais importantes bem como sugestões de melhorias.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 A Enfermagem e a Teoria de Virgínia Henderson

Foi considerado pertinente tomar como referência, a teoria de Virgínia Henderson neste trabalho, uma vez que, ela expõe os seus factos direccionadas a autonomia dos indivíduos na satisfação das suas necessidades humanas fundamentais, numa perspectiva humanizada e também o contributo da enfermagem na satisfação das mesmas.

Para além do referido, considerou-se também importante falar das necessidades direccionadas há utentes que apresentam uma certa dependência e que mostram um determinado risco de desenvolver úlcera de pressão, devido a ausência ou dificuldade da mobilidade física. Esta ideia vai de encontro com as necessidades que estão directamente relacionadas com a prevenção das úlceras de pressão, que é o assunto tratado neste estudo.

A teórica Virgínia Henderson “sendo enfermeira Americana de prestígio internacional, é desde há muito tempo, reconhecida pela sua influência na profissão” (Adam, s/d, p.37). Ela “[...] nasceu em 1897, durante a Primeira Grande Guerra revelou-se interesse pela enfermagem em 1918, depois entrou na *Army School of Nursing* em *Washington*, [...] e licenciou-se em 1921” (Tomey, 2004, p.111). Ainda a mesma autora acrescenta que “em 1922, começou a ensinar enfermagem no *Norfolk Protestant Hospital* na Virgínia e cinco anos mais tarde, entrou no *Teachers College* na *Columbia University*, onde [...] obteve o grau [...] de mestre em enfermagem” (*Ibidem*).

A autora Henderson (2007, p.3) refere que “a função principal da enfermeira é ajudar o indivíduo [...] na realização daquelas actividades [...] se a pessoa, tivesse a força, a vontade ou conhecimento necessário”. Pois “realizaria essas acções sem ajuda, fazendo com que se tornasse independente tão rápido o quanto possível” (*Ibidem*). E “todos os utentes devem ser consideradas como figura central por toda a equipa de saúde” (*Ibidem*).

Portanto cabe a enfermagem “a responsabilidade principal em ajudar os utentes com os seus padrões de vida quotidianos, ou ajudar nas actividades que eles realizavam habitualmente sem ajuda” (*ibid*, p.5). De acordo com Nightingale (2005, p.11) “ao explicar a sua concepção do que deve ser uma boa enfermeira, descreve uma pessoa fiável, honesta, enfim que respeita a sua vocação, porque a vida de outrem é posta nas suas mãos”. Assim “para se chegar ao tanto, haverá que ser capaz de antecipar-se às necessidades do utente, o que exige a compreensão profunda do ser humano” (*Ibidem*).

Por esta razão, “as necessidades básicas que as enfermeiras tentam satisfazer existem indiferentemente do diagnóstico, no entanto, são modificadas de acordo com ele” (Henderson, 2007, p.10). Assim, “os cuidados básicos de enfermagem são afectados em grande medida, por certos sintomas ou síndromes como [...] a desidratação, incapacidade motora, distúrbios acentuados dos fluídos corporais ou carência de oxigénio” (*ibid*, ps.10 - 11).

A atenção às necessidades humanas fundamentais do utente define o contributo específico dos enfermeiros para a manutenção e melhoria de saúde, tendo em conta que elas variam de indivíduos para indivíduos. E quando são bem satisfeitas, leva o indivíduo a adquirir a sua independência física.

Assim, são enumeradas as seguintes necessidades humanas fundamentais: “respirar normalmente, comer e beber adequadamente, eliminar por todas as vias de eliminação, deslocar-se e manter-se uma postura desejável, dormir e descansar, vestir-se e despir-se correctamente, manter a temperatura do corpo num nível normal” (Henderson, 2007, p.15). Para além destes, ainda incluem “manter o corpo limpo e proteger os tegumentos, evitar perigos, comunicar com os outros, praticar religiões, ocupar-se, divertir-se e aprender” (*Ibidem*).

Diante destas 14 necessidades apresentadas e em concordância com o tema, considerou-se importante debruçar apenas em cinco necessidades:

Ajudar o utente a comer e a beber - Segundo Henderson (2007, p.28) “não há elemento mais importante no ensino da enfermagem que o estudo da nutrição”. Deste modo, a mesma afirma que “enquanto o médico prescreve a dieta de um utente hospitalizado, são as enfermeiras quem estão com os utentes dia e noite e que melhor os podem encorajar a comer e a beber” (*Ibidem*).

Logo, “são elas que têm mais oportunidade para conhecer as suas preferências alimentares, observar e relatar a ingestão inadequada” (*ibidem*). Ainda a mesma autora acrescenta que “pessoas [...] portadoras de incapacidade são muitas vezes incapazes de se alimentarem por si próprios, de maneira que, são as enfermeiras que os alimentam” (*ibid*, p.30).

Assim, “a enfermeira ficando com o utente mais do que outro qualquer profissional, está na melhor posição para saber o que o utente gosta de comer e beber e aproveitar os hábitos mais saudáveis e desencorajar os que não são” (Henderson, 2007, p.30).

Neste caso “a diminuição dos riscos de estar acamado, deve-se a ênfase do levantar dos utentes portadores de incapacidade, porém ele deverá ser incentivado a fazer aquilo que pode e a adquirir a sua independência o mais rapidamente possível” (Henderson, 2007, p.30).

Diante deste facto, pode-se dizer que, o enfermeiro, conhecendo o utente mais do que outro profissional de saúde, está na melhor posição para avaliar os hábitos de alimentação e também as suas preferências, a fim de tomar certas decisões.

Ajudar o utente na eliminação - De acordo com Adam (s/d, p.44) “a independência no domínio da eliminação evidencia as diferenças entre os seres humanos”. Assim sendo “a enfermeira deve conhecer as vias de eliminação e o que é considerado como normal, na periodicidade de urinar e defecar” (Henderson, 2007, p.33). Além disso “as observações da enfermeira devem orientar a sua prestação de cuidados e os seus registos devem informar outros profissionais de saúde se a excreção é normal ou não” (*ibid*, p.34).

Além disso, [...] deve ser encorajado a adopção de uma postura fisiológica conducente a uma eliminação normal” (*ibid*, p.34). E ainda “a privacidade e o conforto físico durante a defecação e a micção devem ser assegurados de acordo com as necessidades da idade e dos hábitos” (*ibid*, ps.34 - 35).

É essencial salientar a importância da higiene do corpo após eliminação, pois restaura o conforto físico e psicológico do utente e também previne sobretudo, de alterações do estado da pele, que pode ser causada neste caso, pela humidade da urina e das fezes.

Assim, a autora Henderson (2007, p.35) refere na sua teoria que:

“Os cuidados à pele, as medidas de conforto, o controlo de odores e a prevenção do arrefecimento são problemas em que o utente necessita de ajuda, sempre que ocorra sudorese excessiva. Esta e a excessiva secura da pele são condições com as quais a enfermeira lida habitualmente. [...] A rápida remoção das excreções e a limpeza dos equipamentos, são de importância fundamental. ”

Deslocar-se e manter uma postura desejável - Neste caso “a importância da mecânica corporal nos cuidados básicos de enfermagem, tem ultimamente, sido salientada de muitas maneiras” (Henderson, 2007, p.37). Pois “a má postura pode comprimir e causar pressão em órgãos vitais que tornam impossível uma boa saúde” (*Ibidem*). Para que “o utente adquira a compreensão do que constitui uma boa postura, deve ter uma cama, colchão, roupa e uma cadeira que a torna possível” (*Ibidem*).

Segundo Henderson (2007, p.38) que “é da responsabilidade da enfermeira verificar se nenhum utente fique na mesma posição durante muito tempo”. Logo, a constante mudança de posição é uma forma de prevenir o surgimento das úlceras de pressão e constitui uma boa qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, uma vez que são os enfermeiros, os profissionais de saúde que se encontram mais tempo com o utente internado.

Manter a temperatura do corpo num nível normal - Quanto a esta necessidade pode-se dizer que o enfermeiro deve ajudar o utente a manter-se a sua temperatura nos valores normais. Entretanto “a temperatura do corpo é mantida nos limites normais pelo ar [...] e pelo tipo de roupa usada mas a doença, muitas vezes, limita esta liberdade” (Henderson, 2007, p.43). Por isso “as enfermeiras devem conhecer os princípios fisiológicos da produção e da perda de calor e ser capaz de promover qualquer destes processos alterando a temperatura, a humidade e o movimento do ar” [...] (*ibid*, p. 44).

Manter o corpo limpo, com bom aspecto e proteger os tegumentos - De acordo com a mesma autora “o banho na cama era o ponto fulcral dos cuidados de enfermagem quando era prescrito repouso [...] durante dias ou semanas [...]” (Henderson, 2007, p. 45). Contudo, “não era apenas os utentes fatigados que dependiam do banho na cama para o seu conforto físico, mas era também durante a sua higiene que tinham a atenção total da enfermeira” (*Ibidem*). Quer dizer que “esta oportunidade de falar, de contar suas preocupações e a simpatia expressa pelas mãos da enfermeira era gratificante” (*Ibidem*).

Diante disto, Nightingale (2005, p.132) acrescenta que “o alívio e o conforto, sentidos pelo utente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo utente acamado”. Entretanto, “muitos aspectos dos cuidados de enfermagem estão a passar, das mãos da enfermeira profissional, para as do pessoal com pouca ou nenhuma formação” (Henderson, 2007, p.46)

Portanto, “isto é particularmente verdadeiro no que respeita à higiene do utente e a ajuda nas funções de eliminação” (Henderson, 2007, p.46). Isto acontece, porque “existe a dificuldade em proporcionar o número de horas de cuidados de enfermagem necessárias para os programas intensivos [...] prescritos e ainda prestar os cuidados físicos para a boa aparência e conforto quando o utente está acamado” (*Ibidem*).

1.2 As Considerações sobre a Pele, sua Constituição e Funções

Um aspecto muito importante, que é evidente nas úlceras de pressão, é a lesão da pele e suas camadas, interferindo assim na sua função protectora do organismo contra agressões do meio exterior, nomeadamente os microorganismos e outras substâncias estranhas. Assim sendo, “a função da pele torna-se mais ou menos desordenada em quase todas as doenças, e em muitas das mais importantes enfermidades a natureza socorre-se quase totalmente da pele”. (Nightingale, 2005, p.131).

Segundo Coroas (2010, p.33) “a pele é o órgão mais extenso do nosso corpo e este é muito importante, uma vez que, a célula que a constitui está em constante modificação, para dar respostas as necessidades do nosso corpo”. Sendo a pele “o maior órgão que delimita e reveste o nosso corpo, ainda representa 15% do peso corporal” (Ministério da Saúde de Brasília, 2002, p.9).

De acordo com Morison (2004, p.17) “estruturalmente, a pele é constituída por três camadas, entre elas estão: a epiderme, a derme e tecido subcutâneo”. Estes, “juntamente com os músculos e os ossos constituem os tecidos envolvidos no desenvolvimento de úlceras de pressão” (*Ibidem*).

A epiderme, segundo a mesma autora, consiste “[...] em epitélio escamoso estratificados e estão divididas no estrato córneo, e a camada basal promovendo uma barreira física contra a água, bactérias e substâncias químicas” (*Ibidem*). Além disso, constitui “a camada externa, sem vascularização dando assim a pele uma constante regeneração” (Ministério da Saúde, 2002, p.9). Assim “com esta constante renovação, as células antigas são substituídas por outras mais novas e em média a cada doze dias ocorre esta renovação” (Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2008, p.16).

Quanto à derme, “ela representa a camada intermediária, constituída por denso tecido fibroso, fibras de colagénio, reticulares e elásticas, nela se situam os vasos, os nervos e os anexos cutâneos” (Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2008, p.16). A autora Morison (2004, p.17) refere que “a derme contém camadas com funções importantes, como amortecedor das estruturas internas do corpo e também protege os fluidos intersticiais e as células da derme da pressão externa”.

E por fim “a camada subcutânea que separa a derme das estruturas mais profundas da fáscia, músculo e osso” (*ibid*, p.19). Esta camada tem como “função principal o depósito nutritivo de reserva, funcionando como isolante térmico e protecção mecânica, quanto às pressões e traumatismos externos, facilitando a mobilidade da pele em relação às estruturas subjacentes” (Ministério da Saúde de Brasília, 2002, p.9).

A autora Morison (2004, p. 19) acrescenta ainda que “esta varia em espessura, dependendo da estrutura corporal, sexo e localização no corpo humano, devido à presença de um grande número de células adiposas, que promovem mobilidade a pele e almofada-o para dissipar a pressão”.

Segundo Paiva (2008, p.29) “a pele constitui uma primeira linha de defesa do nosso corpo conferindo protecção contra o meio ambiente, abrasões, perda de líquidos e electrolíticos e substâncias nocivas”. Por outro lado “ela é relativamente resistente à água, substâncias químicas e bactérias e fornece alguma protecção ao corpo contra danos mecânicos” (Morison, 2004, p.17). Ainda, Cruz *et al*, (2007, p.35) acrescentam que “[...], a pele desempenha outras funções importantes, na manutenção da homeostasia e actividades celulares, como funções de excreção através do suor, de sensibilidade e de produção de vitamina D”.

De acordo com Coroas (2010, p.32) “através do envelhecimento dão-se diversas modificações que alteram o funcionamento do corpo, como a diminuição do peso corporal e da massa gorda, que leva a pele a uma diminuição da sua elasticidade [...]”. Continuando com a reflexão anterior, Saldanha (2009, p.101) afirma que “o envelhecimento provoca uma redução do calibre das artérias e dos capilares, provocando uma diminuição da chegada de sangue arterial aos tecidos e perda da elasticidade e rigidez progressiva”.

A autora ainda acrescenta que “sempre que o idoso permaneça muito tempo na mesma posição, sentado ou deitado, irá comprimir a pele e os tecidos subjacentes, colapsando completamente os vasos arteriais” (Saldanha, 2009, p.101). Assim, “surgirá anóxia e necrose dessa zona com uma acentuada “anóxia e necrose dessa zona, provocando o aparecimento de uma úlcera de pressão” (*Ibidem*).

Como já foi evidenciada por vários autores anteriormente citados, ter uma pele saudável e bem cuidada, diminui a probabilidade de surgimento de lesões causadas por microorganismos e outros factores que comprometem o estado de saúde do indivíduo e alteram o funcionamento normal dos constituintes da pele, sendo ela um órgão susceptível a qualquer doença.

Perante isto, Elkin, Perry, e Potter (2005, p.585) afirmam que “a pele íntegra é uma barreira protectora contra os microorganismos patogénicos e é um órgão sensível à dor, temperatura e toque”. E também “para que as funções essenciais não sejam prejudicadas a pele deverá estar limpa, saudável e cuidada” (Cruz *et al*, 2007, p.36).

1.3 As Úlceras de Pressão

Segundo Morison (2004, p.1) “As úlceras de pressão surgem habitualmente tanto em serviços hospitalares como na comunidade, as quais com cuidados inapropriados, podem desenvolver-se em complexas lesões da pele e tecidos profundos”. Sobretudo, “as úlceras de pressão podem desenvolver-se num período de 24 horas, mas a lesão apenas será visível dentro de três a cinco dias depois do início da isquémia dos tecidos” (Saldanha, 2009, p.101). Isto acontece, porque “a falta de irrigação arterial começa na derme ou região subepidérmica e só posteriormente a epiderme mostra a lesão” (*Ibidem*).

Com o avanço dos tempos e das tecnologias, as úlceras de pressão adquiriram várias definições defendido por diversos autores, na qual cada um defende a sua posição mediante os factos da natureza de cada estudo. Como afirmam, Baranoski e Ayello (2006, p.279) “ao longo dos séculos, as úlceras de pressão têm sido referidas como úlceras de decúbito, úlceras de cama e úlceras de pressão”. Além disso “o termo úlcera de pressão tem sido a designação eleita porque descreve mais aproximadamente a etiologia da úlcera resultante” (*Ibidem*).

Segundo as mesmas autoras, elas podem ser definidas, como “qualquer lesão causada por pressão não aliviada resultando em danos dos tecidos subjacentes” (Baranoski e Ayello, p.279). Para Dealey (1997, p.140) “uma úlcera de pressão pode ser descrita como uma lesão localizada da pele causada pela interrupção do fornecimento sanguíneo à zona, geralmente em resultado de pressão, da fricção, torção ou deslizamento [...]”.

De acordo com Morison (2004, p.17) “são lesões complexas da pele e estruturas subjacentes e variam consideravelmente em tamanho e gravidade”. Por outro lado Berman *et al*, (2008, p.904) referem que “as úlceras definem-se num problema no âmbito da assistência a utentes agudos e crónicos, incluindo a assistência domiciliária, tendo a melhor estimação da incidência no âmbito hospitalar”. Também podem ser definidas, como “uma solução de continuidade dos tecidos, com perda de substância [...] e por necrose isquémica devido a insuficiência de oxigénio ao nível celular [...]” (Cruz, *et al*, 2007, p.67).

Segundo o Ministério de Saúde de Brasília (2002, p.16) “úlceras de pressão é qualquer interrupção [...] de continuidade do tecido cutâneo-mucoso, acarretando alterações na estrutura anatómica ou função fisiológica dos tecidos [...]”. Representa ainda, “uma área de trauma tecidual causada por pressão contínua e prolongada” (*ibid*, p.23).

Um outro aspecto importante a referir é que, “para além de constituir uma porta de entrada para infecções, as úlceras de pressão dificultam a recuperação do estado de saúde do utente e aumentam o tempo da necessidade dos cuidados de enfermagem” (Coroas, 2010, p.35). Do mesmo modo, “traz consequências para os utentes, as instituições e a comunidade” (*Ibidem*).

1.3.1 Classificação das úlceras de pressão

Segundo Coroas (2010, p.38) “a classificação das úlceras de pressão é relativamente importante, quando observamos uma lesão num tecido pela primeira vez, visto que esta classificação ajudará a servir como uma referência para avaliar o seu desenvolvimento”. Assim, há diferentes formas de classificação das úlceras de pressão, de acordo com a natureza do estudo de cada autor. Segundo Pini (2012, p.39) “os sistemas de classificação existem, com o objectivo de facilitar a identificação da lesão a partir da descrição de suas características”.

Apesar da classificação de quatro estádios ser mais conhecida, os autores a seguir agrupam-nos em 5 estádio, destacando sempre os quatro mais utilizadas. Assim, Cruz *et al*, (2007, p.67) referem que “numa fase inicial forma-se o estado pré-ulceroso com rubor cutâneo, há sinal de calor, mas este rubor desaparece até quinze minutos após o alívio da pressão”. E “caso se evite a mesma posição do utente em princípio não haverá lugar para úlcera de pressão” (*Ibidem*).

Posteriormente “se instala o primeiro estádio propriamente dito, formando uma lesão cutânea limitada à pele, apresentando-se muitas vezes sob a forma de flictenas”. Geralmente é notável “[...] alguns sinais de inflamação como o rubor e o calor, podendo estar também o tumor e a dor se esta não apresentar alteração na sensibilidade” (*Ibidem*). Ainda *European Pressure Ulcer Advisory Panel* apud Saldanha, 2009, p.102, acrescenta que, no primeiro grau “se instala um eritema que não desaparece por pressão em pele intacta e o que se observa em indivíduos de raça negra ou pele muito escura, em vez de eritema, é a descoloração local da pele”.

A úlcera do segundo estádio “é uma lesão mais profunda que atinge o tecido subcutâneo e existem sinais de inflamação locais, principalmente na fase aguda onde há um grande risco de infecção” (Cruz *et al*, p.67). Além disso, no mesmo estádio, também “surge necrose da pele e tecido celular subcutâneo” (*Ibidem*).

No terceiro estádio “a lesão atinge o tecido muscular, havendo necrose e deslocamento a nível dos espaços intramusculares e, é mais problemática para o futuro do utente, porque depois de cicatrizar, a região fica mais frágil” (*Ibidem*). Por fim, a úlcera do quarto estádio “que atinge e destrói o músculo e tecido ósseo e muitas vezes envolve articulações” (Cruz *et al*, p.67).

1.3.2 Etiologia das úlceras de pressão

Existem várias causas que podem desencadear úlceras de pressão em utentes que permanecem muito tempo acamados e com pouca mobilidade. Como sublinha Morison (2004, p.28) “o desenvolvimento das úlceras de pressão é multidimensional e complexo”. Assim sendo, Berman *et al* (2008, p.904) afirma que “as úlceras por pressão se devem a uma isquemia localizada, uma deficiência do aporte sanguíneo no tecido”.

Sobretudo “o tecido se encontra comprimido entre duas superfícies, geralmente a superfície da cama e o esqueleto ósseo, com uma pressão maior de 32 milímetros de mercúrio” (Berman *et al*, 2008, p.904). Entretanto com a pressão prolongada, leva a danificação dos vasos sanguíneos pequenos” (*Ibidem*).

Num estudo realizado pelos autores Braden e Bergstrom *apud* Morison, 2004, p.28 “identificaram dois determinantes críticos do desenvolvimento de úlceras de pressão, tais como a intensidade e duração da pressão e tolerância da pele e suas estruturas de suporte a pressão”. Tendo em conta o primeiro determinante, o mesmo autor defende que “a causa primária das úlceras de pressão é a aplicação de pressão em locais da pele e tecidos não adaptados à agressão externa da pressão” (*Ibidem*).

Os autores Cruz *et al* (2007, p.68) ainda referem que “sendo os factores de risco numerosos, a causa é essencialmente a compressão dos tecidos entre dois planos duros em que um será o plano ósseo e o outro o local de apoio dessa região”. Reforçando a ideia anterior, os mesmos autores dizem que “esta pressão não é uniforme, e a sua distribuição depende das proeminências ósseas, da quantidade de tecido adiposo do indivíduo, do peso do utente e do tipo de superfície de apoio” (*ibid*, p.70). Logo, “a relação entre pressão, tempo e posição do corpo parece ser determinante na formação das úlceras de pressão” (Rice, 2004, p.262).

Baranoski e Ayello (2006, p.281) referem que “está a ser realizado uma revisão sobre o padrão altamente apoiado de 32 milímetro de mercúrio como pressão crítica de encerramento”. Pois, a autora Rice (2004, p.262) refere que “estudos revelaram que a aplicação de pressões superiores a 32 milímetros de mercúrio nos tecidos, por 1 ou 2 horas, é causa suficiente para haver paragem da circulação e colapso dos tecidos”.

Mas também “a quantidade e duração dessa mesma pressão são inversamente proporcionais” (*Ibidem*). Porque “baixas quantidades durante longos períodos de tempo podem ser tão prejudiciais para os tecidos como grandes quantidades de pressão durante curtos períodos de tempo” (*Ibidem*).

1.3.3 Os factores de risco das úlceras de pressão

Para além da pressão e sua actuação na pele do utente, existe vários factores de riscos que podem ser originados da circunstância em que o indivíduo se encontra e também do meio exposto.

Segundo Potter e Perry (2006, p.10) “o objectivo da identificação do factor de risco é ajudar o utente a compreender, quais as áreas, na sua vida, que podem ser modificadas, ou mesmo eliminadas, para promover o bem-estar e prevenir a doença”.

Assim, Elkin, Perry e Potter (2005, p.584) referem-se que “têm sido sugeridos muitos factores de risco”. Estes normalmente dividem-se, em factores intrínsecos e factores extrínsecos” (Cruz *et al*, 2007, p.71). E “através destes factores, a tolerância tecidual é favorecida” (Baranoski e Ayello, 2006, p.281).

Quanto aos factores de risco intrínsecos, a autora Dealey (1997, p.144) diz que “o corpo humano é [...] submetido a alguns ou a todos os factores extrínsecos mas não desenvolve automaticamente úlceras de pressão, os factores determinantes vêm do interior do utente”. Portanto “a patologia complexa do desenvolvimento de úlceras de pressão reflecte-se claramente no grande número de variáveis intrínsecas associadas ao seu desenvolvimento” (Morison, 2004, p.32).

Neste sentido, Coroas (2010, p.44) salienta que “um utente com diminuição da mobilidade, nutrição inadequada, redução da percepção sensorial, ou diminuição da actividade pode estar em risco de desenvolver úlceras de pressão”.

Por outro lado, o autor Cruz *et al*, (2007, p.73) divide-se os factores intrínsecos em vasculares, neurológicos, tópicos e gerais”. Assim “os factores vasculares podem ser tanto anatómicas por exemplo, a insuficiência venosa periférica e as micro-arteriopatias diabéticas, como funcionais, neste caso incluem, a hipóxia na insuficiência respiratória”(Ibidem). Além dos referidos, há outros factores funcionais nomeadamente, situações de hipovolémia e paralisia vasomotora” (Ibidem).

Os mesmos autores destacam ainda como factores intrínsecos “os factores neurológicos particularmente as alterações da sensibilidade [...] e do estado de consciência, [...]” (Cruz *et al*, p. 73). Neste caso “o défice neurológico pode estar associado a redução da mobilidade, como por exemplo em utentes com paraplegia, diabéticos, acidentes vasculares cerebrais, lesão [...] da medula” (Dealey, 1997, p.145). É evidente que “a perda de sensação resultante dessas patologias, significa que o utente com úlceras de pressão não tem consciência da necessidade de aliviar a pressão, ainda que esteja capaz de o fazer” (*Ibidem*).

Um outro conjunto de factores de risco intrínseco, referido por Cruz *et al*, (2007, p.74) “são os factores tópicos, isto é, a pele frágil ou fragilizada, como surge nas pessoas idosas em que há redução da elasticidade, perda de gordura subcutânea e mesmo atrofia muscular, é um factor a considerar”. Assim “os utentes obesos têm um risco aumentado e o emagrecimento exagerado também aumenta o risco de escoriações” (*Ibidem*).

Outro factor relevante referido por Potter e Perry (2006, p.942) “é a idade, que altera a estrutura da pele causando uma perda da espessura dérmica e um aumento do risco de ruptura cutânea”. Por esta razão, Dealey (1997, p.144) afirma que “à medida que as pessoas envelhecem, a pele torna-se mais fina e menos elástica, e isso deve-se ao facto de o colagénio da derme diminuir em quantidade e qualidade”.

Embora “o aumento da idade esteja muitas vezes correlacionado com o aumento de outros factores de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, os idosos são claramente mais susceptíveis ao desenvolvimento das mesmas” (Morison, 2004, p.11). Portanto “indivíduos com mais de 65 ou 70 anos em todos os tipos de ambientes de cuidados de saúde deveriam ser consideradas em alto risco de desenvolverem este tipo de úlceras” (*Ibidem*).

Existem ainda os “factores gerais, como a existência de neoplasias, [...] febre, infecções, desnutrição e ainda por causa iatrogénicas, como tratamento por anti-inflamatórios e mesmo por analgésico que podem diminuir a sensibilidade” (Cruz *et al*, 2007, p.74). Segundo Dealey (1997, p.146) “um mau estado nutricional prejudica a elasticidade da pele e a longo prazo, irá dar anemia e uma redução da oxigenação dos tecidos”. Por esta razão, este tem sido considerada um factor de desenvolvimento das úlceras de pressão” (*Ibidem*).

Pini (20012, p. 15) salienta que “os utentes desnutridos, com deficiências proteicas e vitamínicas, estão mais sujeitos ao desenvolvimento de úlceras de pressão e apresentam uma dificuldade acrescida no processo de cicatrização das úlceras existentes”. Portanto “[...] uma deficiência grave de proteínas, pode fazer com que os tecidos moles fiquem susceptíveis a deterioração” (Potter e Perry, 2006, p.941).

As mesmas autoras afirmam que “as proteínas e vitamina C, além de desempenharem outras funções, contribuem para a síntese de colagénio, essencial para a cicatrização dos tecidos e para a resposta imunológica” (*Ibidem*). Entretanto “um estado nutricional deficiente e a desidratação estão associados à ocorrência de úlceras de pressão, uma vez que conduzem a uma mobilidade reduzida” (*ibid*, p.16). Assim “indivíduos que apresentam distúrbios nutricionais estão mais susceptíveis a complicações, internamentos mais prolongados e a todos os factores que aumentam o risco para úlcera de pressão” (*Ibidem*).

Um outro factor que aumenta o risco é a “incontinência urinária, que contribui para a maceração da pele, aumentando o risco para a fricção” (Dealey, 1997, p.146). Isto também se aplica “a incontinência fecal, pois a diarreia pode causar o surgimento das úlceras de pressão nos utentes idosos ou imobilizados e é um dos efeitos secundários de alguns antibióticos” (*Ibidem*).

Bollander (1998, p.1449) “a incontinência provoca irritação da pele e com a constante humidade fica macerada”. Assim “a pele fica irritada, torna-se dolorosa e predispõe o utente ao desenvolvimento de úlceras de pressão” (*Ibidem*). Entretanto, Dealey (1997, p.146) afirma que “não há provas claras quanto ao facto de a incontinência ser ou não um factor de risco do desenvolvimento de úlceras de pressão”.

A autora Dealey (1997, p.146) realça ainda que “o peso corporal também deve ser considerado como um factor de risco”. Pois “utentes muito emaciados não tem apoio sobre as proeminências ósseas e por isso têm menos protecção contra a pressão” (*Ibidem*).

De acordo com Pini (2012, p. 5) “Os utentes emagrecidos, também correm este risco “por estarem desprovidos de gordura localizada sobre as proeminências ósseas e assim possuem menor protecção contra a pressão”. A autora ainda acrescenta que “nos utentes obesos, pela dificuldade de mobilidade, têm um risco acrescido de lesões teciduais precipitadas pelo posicionamento” (*Ibidem*).

No tocante aos factores extrínsecos, estes são forças que podem surgir exterior ao utente, relacionado a sua dificuldade na mobilidade e também pela pouca ou falta de cuidados redobrados. Assim, Cruz *et al*, (2007, p.75) afirmam que “esses são as diversas forças físicas que actuam ao nível local, como as forças de pressão, fricção e de estiramento”.

Ainda Hoeman (2011, p.274) acrescenta que “a humidade constitui um outro factor extrínseco que contribui para a alteração cutânea”.

Pressão - segundo Coroas (2010, ps. 45 - 46) “se esta força existir e permanecer [...] superior ao de encerramento dos capilares sobre a pele e tecidos moles, esta irá conduzir a uma hipóxia [...] e mantida por muito tempo, levará a anóxia tecidual”. Segundo Dealey (1997, p.142) “quando o tecido mole [...] é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, causando pressões superiores à tensão capilar, ocorre uma isquemia localizada”.

Nestes casos “há uma dilatação dos vasos sanguíneos em resposta à anoxia e a perda de líquido a partir dos vasos sanguíneos causa edema intersticial impedindo assim a progressão do fluxo sanguíneo” (Hoeman, 2011, p.274). Contudo “a reacção normal do corpo a essa pressão é uma mudança de posição que a mesma seja redistribuída, e quando ela é aliviada, aparece uma área vermelha sobre a proeminência óssea, chamado de hiperemia” (Dealey, 1997, p.142).

Fricção - esta força é “[...] gerada quando duas superfícies se movem, uma contra a outra, ou como uma carga perpendicular a ser exercida numa unidade da área” (Pini, 2012, p.13). Baranoski e Ayello (2006, p.283) afirmam que “a fricção é uma força mecânica exercida quando a pele é arrastada através de uma superfície vulgar, como um lençol de linho”.

De acordo com Morison (2004, p.31) “ela aumenta claramente a susceptibilidade da pele a ulceração por pressão”. Dealey (1997, p.144) ainda acrescenta que “a fricção dá-se quando duas superfícies friccionam uma na outra, e pode causar danos aos tecidos quando o utente é arrastado na cama, em vez de ser levantado [...]”.

Por consequência “a agressão da pele causada pela fricção leva a um desgaste ou laceração superficial (Baranoski e Ayello, 2006, p. 283). Assim sendo “a humidade que origina do efeito da fricção pode encontrar-se na pele do utente em resultado de sudorese excessiva ou incontinência urinária” (*Ibidem*). De acordo com, Hoeman (2011, p. 274) “a perda da integridade cutânea relacionada com a fricção é frequente nos cotovelos e calcâneos dos utentes acamados, porque estes os utilizam como ajuda para se movimentarem”.

Deslizamento - quanto à esta força Dealey (1997, p. 143) refere que “elas podem deformar e comprometer o tecido, danificando assim os vasos sanguíneos”. Para além disso, “constitui uma força mecânica que actua na área da pele em direcção paralela à da superfície corporal” (Baranoski e Ayello, 2006, p.283).

Neste caso, “o deslizamento pode ocorrer se o utente escorregar pela cama abaixo, onde o esqueleto e os tecidos adjacentes movem-se mas a pele das nádegas permanece no mesmo sítio” (Baranoski e Ayello, 2006, p. 283). Por conseguinte “os principais responsáveis pelo deslizamento é o tipo de encosto das camas que faz o utente escorregar e também as cadeiras que não mantêm uma boa postura podem causar deslizamento” (*Ibidem*).

As mesmas autoras acrescentam que “o deslizamento é efectuado pela quantidade de pressão exercida, o coeficiente de fricção entre os materiais em contacto entre si e o ponto no qual o corpo entre em contacto com a superfície de apoio” (Baranoski e Ayello, p.283). Por consequência “esta agressão e o compromisso do aporte sanguíneo criam isquemia e conduzem à morte celular e à necrose tecidual” (*Ibidem*).

Menoita (2012, p.166) refere que “todas as camadas de tecidos são afectados, sendo o efeito mais notório nas mais profundas”. Reforçando a ideia anterior, Hoeman (2011, p.274) realça que “as forças de cisalhamento provocam a angulação dos vasos sanguíneos, impedindo que as artérias perfurantes da pele irriguem os músculos”. Assim sendo, “as principais causas de cisalhamento são a espasticidade, a postura incorrecta na posição sentado ou deitado e o arrastamento do utente em vez de o levantar” (*Ibidem*).

Humidade excessiva - este factor leva “à maceração dos tecidos e à diminuição da resistência da pele e pode ser resultado da sudorese, da incontinência, da inadequada secagem da pele após a higiene [...]” (Pini, 2012, p.14). Além disso “a humidade leva a redução da resistência da pele a factores como a pressão e o cisalhamento” (Potter e Perry, 2006, p.941).

Segundo refere Hoeman (2011, p.275) “quando exposta durante um período prolongado, a transpiração resultante da incontinência urinária e fecal e da drenagem de feridas, a pele fica macerado e desenvolve hiperémia ou infecta, ficando predisposta à formação de úlceras de pressão”. Ainda Morison (2004, p.32) sugere que, “os irritantes cutâneos, tais como os sabonetes e resíduos de detergentes estão implicados no desenvolvimento de úlceras, mas tem sido pouco investigados”.

1.3.4 Os locais susceptíveis de desenvolver úlcera de pressão

Segundo Coroas (2010, p.40) “as úlceras de pressão podem aparecer em diferentes partes do corpo, mas existe locais mais propensos à sua formação e desenvolvimento”. Portanto “a localização das úlceras de pressão está intimamente associada às proeminências ósseas do esqueleto humano” (Cruz *et al*, 2007, p.71).

Segundo, Baranoscki e Ayello (2006, p. 284) “a maioria das úlceras de pressão ocorrem numa parte inferior do corpo”. Logo “surgem na região sacro-cocígea, trocanteriana, isquiática, calcâneo, região maleolar, cotovelos, espinhas ilíacas, occipital e omoplatas, e estão sempre relacionados com a atitude postural do utente” (Cruz *et al*, 2007, p.71). Mas também podem surgir “[...] na escápula, occipital e a região do primeiro dedo do pé, sendo estes locais subvalorizadas” (Baranoscki e Ayello, 2006, p.284).

Potter e Perry (2006, ps. 940 - 941) enfatizam que “as superfícies do corpo mais em risco de fricção são os cotovelos e os calcâneos, porque pode ocorrer abrasão quando são esfregados contra os lençóis durante o reposicionamento”. Mas também “um utente que permanece quase sempre em decúbito dorsal terá úlceras de pressão na região sacro-cocígea, [...] occipital, omoplatas e aquele que está muito tempo sentado numa cadeira tem risco de forma-la na região isquiática” (Cruz *et al*, 2007, p. 71).

Não só os locais referidos anteriormente, que são consideradas as mais susceptíveis de surgirem uma úlcera de pressão, em utentes que permanecem muito tempo acamado e que apresentam problemas na mobilidade. Mas também “[...] podem surgir noutros locais como nas costelas e na região auricular” (Cruz *et al*, 2007, p. 71).

A autora Hoeman (2011, p. 278) diz que “as úlceras de pressão podem surgir onde quer que haja compressão dos tecidos moles”. Assim como, “em pediatria, as perdas de integridade cutâneas mais comuns localizam-se nos locais de sentar, no pé e nos membros superiores” (*Ibidem*). Isto quer dizer que “os locais mais vulneráveis na posição de sentado são as nádegas, a região sacrococcígea, o escroto e a anca” (*Ibidem*).

Segundo Baranoski e Ayello (2006, p.285) “os clínicos têm procurado orientações acerca de um tipo particular de úlceras de pressão observadas nos calcâneos”. Assim, Menoita (2012, p.158) afirma que “o calcâneo representa uma taxa de 28% do total das úlceras de pressão”. Neste caso “a suspeita de uma lesão tecidual profunda nos calcâneos caracteriza-se por uma área arroxeadada ou castanha e avermelhada localizada na pele íntegra ou por vesículas cheias de sangue” (Hoeman, 2011, p.280).

1.4 A Prevenção das Úlceras de Pressão

A prevenção constitui sem dúvida, uma melhor forma para impedir o aparecimento de úlceras de pressão, e dentro dela destaca-se um conjunto de pontos que a enfermagem pode actuar para identificar os factores e os utentes em risco, melhorando assim a qualidade de vida e recuperação das mesmas. Como afirmam Potter e Perry (2006, p.7) “as acções de prevenção motivam as pessoas a evitarem um declínio nos níveis funcionais e de saúde”. Além disso “a prevenção é um conjunto de estratégias que visam diminuir a incidência da doença e minimizar os resultados nocivos dessa doença ou incapacidade” (*Ibidem*).

Perante este facto, as autoras Baranoski e Ayello (2006, p.285) afirmam que “prevenir úlceras de pressão é de uma importância vital”. Além disso “ela é melhor do que a cura no que diz respeito às úlceras de pressão” (Dealey, 1997, p.147). Entretanto Morison (2004: 81) afirma que “se a prevenção abranger a globalidade hospitalar, ela pode custar mais que o tratamento”.

Cruz *et al* (2007, p.65) asseguram que “a prevenção das úlceras de pressão é possível quase sempre”. Apesar do “trabalho realizado de âmbito preventivo nem sempre seja avaliado e reconhecido convenientemente, a persistência de um trabalho continuado tem de ser mantido” (*ibidem*).

A autora Ota (2008: 23) diz que “a prevenção pode reduzir a incidência de úlceras de pressão em pelo menos 50%”. Cruz *et al*, (2007, p.81) refere que “uma prevenção bem conduzida permite reduzir cerca de 90% das úlceras de pressão e isso é possível se atenderem a alguns princípios básicos, quando se intervêm junto de utentes de risco”. Ainda, Menoita (2012, p.167) acrescenta que “perante esta problemática, a multifactorialidade associada e a hegemonia da fisiopatologia, a prevenção constitui um desafio, sendo primordial a existência de um plano preventivo, individualizado.”

Diante deste facto, Cruz *et al*, (2007, p.65) relata que “embora são os enfermeiros quem evitam a formação das úlceras de pressão e muitas vezes em condições difíceis, a prevenção dependa de métodos utilizados e de procedimentos de competência médica”. Pois “o menor descuido pode destruir muito trabalho levado a cabo por uma equipa, pelo que exigem perseverança e coerência no desenvolvimento dos cuidados” (*ibid*, p.81).

Morison (2004, p.81) refere que “a ênfase na prevenção [...] deriva [...] de três verdades chaves como: prevenir úlcera de pressão evita a dor e o desconforto desnecessário, custa menos dinheiro que o tratamento e a maioria [...] podem ser prevenidas”. Portanto “a pessoa com úlcera de pressão pode experienciar dor, embaraço e pode sentir-se impedida de realizar as suas actividades de vida diária, entre outros efeitos indesejáveis” (*Ibidem*).

Esta mesma autora acrescenta que “poucos discordariam que evitar o desenvolvimento de uma úlcera de pressão é provável que beneficie os utentes, no entanto, são prováveis de reduzir a qualidade de vida relacionada com a saúde” (*Ibidem*). Para evitar este problema “o enfermeiro deve ter um papel activo [...], não só proporcionando a qualidade de vida ao utente, como, se fizer um investimento correto na sua prevenção pode-se verificar a qualidade da prestação de cuidados” (Coroas, 2010, p.36).

Os autores Wada, Neto e Ferreira (2010, p.173) referem que, “a existência de uma úlcera de pressão constitui um factor de risco para óbito num utente internado e aumenta o tempo de internamento”. Entretanto (Coroas, 2010, p. 36) diz que “estas úlceras de pressão não representam tipicamente problemas clínicos de ameaça à vida” (*Ibidem*).

Apesar de todos os riscos “as úlceras de pressão podem ser prevenidas, isto infere que a sua história natural de desenvolvimento pode ser alterada através de acções tomadas quer por profissionais de saúde quer pelo utente” (Morison, 2004, p.82). Pois “uma prevenção bem-sucedida resulta da redução ou remoção das causas destas úlceras” (*ibid*, p.83).

Segundo Baranoski e Ayello (2006, p.285) “os elementos de prevenção de úlceras de pressão incluem a identificação dos indivíduos em risco de desenvolvimento das mesmas, a preservação da integridade cutânea, o tratamento das causas subjacentes da úlcera”. Também incluem “o alívio da pressão, a atenção ao estado geral do utente para corrigir qualquer deficiência e a educação do utente e da sua família” (*Ibidem*).

1.4.1 A avaliação dos riscos

Segundo Pini (2012, p.25) “o primeiro passo para a prevenção de úlcera de pressão é identificar os utentes em riscos a fim de programar a melhor estratégia e impedir o surgimento da lesão”. Da mesma forma, Menoita (2012, p.167) refere que “é fundamental identificar as pessoas em risco de desenvolver úlcera de pressão, que necessitam de prevenção, e os factores específicos que as colocam em situação de risco”. Baranoski e Ayello (2006, p.285) referem que “a avaliação é efectuada para identificar utentes em risco, o nível de risco e o tipo de risco.”

Os autores, Wada, Neto e Ferreira (2010, p.174) realçam que “a avaliação do risco, [...] leva ao conhecimento da vulnerabilidade do utente aos riscos”. Ainda, “permite a equipa multidisciplinar identificar os indivíduos mais susceptíveis e implantar ou intensificar medidas preventivas” (*Ibidem*).

Ainda Baranoski e Ayello (2006, p. 285) acrescentam que “a identificação de indivíduos em risco permite aos clínicos tomar decisões acerca de quando começar a adoptar medidas”. Logo “isto é importante para o uso mais efectivo dos recursos porque o nível de risco guia a intensidade e o custo das medidas preventivas” (*Ibidem*). Neste caso “a avaliação preditiva dos riscos de desenvolvimento de úlcera de pressão a que o utente encontra-se exposto faz parte das medidas preventivas” (Wada, Neto e Ferreira, p.174).

Sabendo do grande problema que as úlceras de pressão têm vindo acarretando, é extremamente importante que os enfermeiros trabalhem no sentido de avaliar antecipadamente todas as possibilidades do seu surgimento em utentes que realmente necessitam desses cuidados e também para a sua prevenção. Assim Coroa (2010, p.42) refere que “as úlceras de pressão são um problema já muito antigo, mas nos dias de hoje, os profissionais de saúde dispõem de equipamentos e conhecimentos suficientes para a sua prevenção”. Pois “a prevenção está directamente relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem e suas acções para a precaução do fenómeno” (*Ibidem*).

Diante disto, Elkin, Perry e Potter (2005, p.587) referem que “recomenda-se um instrumento de avaliação que seja válido para uma população específica de utentes”.

1.4.1.1 As escalas mais utilizadas na avaliação do risco

De acordo com Menoita (2012, p.167) a identificação das pessoas em risco é feito através de uma escala de avaliação do grau de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão”. Neste caso “qualquer escala de avaliação de risco, é um instrumento cujo objectivo primeiro, é [...] tentar pelo menos, a avaliação de determinada situação em função de uma quantificação e que em princípio não depende de critérios pessoais” (Cruz *et al*, 2007, p.84). Portanto “aplicando a escala por observação de um utente, e por diversas pessoas, os resultados devem ser os mesmos em termos de quantificação” (*Ibidem*).

Deste modo “é possível a uma equipa, estar perfeitamente sintonizada quando um dos seus elementos comunica o valor da avaliação em função da escala considerada, e por um outro lado comparar a situação do utente em espaços temporais diferentes” (Cruz *et al*, 2007, p. 84).

Coroa (2010, p.42) refere que “a validade de uma escala, corresponde a capacidade de identificar correctamente os utentes que possivelmente possam vir a desenvolver úlcera de pressão”. Por conseguinte “a revisão da fiabilidade e a validade de cada escala de avaliação de risco devem ser sempre o primeiro passo no processo de tomada de decisão” (Baranoski e Ayello, 2006, p.286). E “quando o valor obtido em diferentes avaliações ao utente é idêntico às diferentes avaliações dos diferentes enfermeiros, isto quer dizer que a escala utilizada tem fiabilidade” (Coroa, 2010, p.42).

Segundo Cruz *et al* (2007, p.84) “existem diversas escalas de avaliação do risco de úlceras de pressão e em todas elas o que é considerado são os diversos factores de risco, sendo que alguns autores consideram mais do que outros”. Por esta razão “existe escalas que se aplicam com maior facilidade, embora se possa considerar que umas são mais exactas do que outras” (*Ibidem*).

Do mesmo modo Rocha, Miranda e Andrade (2005, p.30) referem que “as escalas de estratificação do risco devem ser usadas com complemento e não uma substituição da avaliação clínica”. Neste caso “as escalas de Braden e a de Norton demonstraram um maior valor preditivo e uma maior reproductibilidade inter-observador” (*Ibidem*).

A escala de Norton (anexo 1), segundo Coroas (2010, p.43) “foi a primeira a aparecer e foi concebida para a utilização na população geriátrica”. Segundo Cruz *et al* (2007, p.85) “nesta escala considera cinco factores de riscos, por exemplo, condições físicas, actividade, incontinência, estado mental e mobilidade, em cada quatro situações diferentes, isto é, boa, razoável, pobre e muito má com os valores de 1 à 4”.

Desta forma “o somatório da observação dá um valor que se traduz em risco maior ou menor do utente em causa [...]” (*Ibidem*). Então “se o valor obtido for de 16 à 20 existe um baixo risco, se for de 11 à 15 existe um risco médio, e se for inferior a 10 existe um risco muito alto” (*Ibidem*).

A escala de Braden (anexo 2) de acordo com Baranoski e Ayello (2006, p.286) “é um instrumento de avaliação de risco normalmente mais utilizada nos Estados Unidos”. E “é praticamente a ferramenta mais usada dentre das várias disponíveis” (Ministério da saúde Portugal, 2013, p.3).

Esta escala “foi criada em 1987 por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, se encontra disponível em muitas línguas e utilizado em todo o mundo” (*Ibidem*). De acordo com Menoita (2012, p.167) “a escala de Braden é constituída por seis subescalas, tais como: a percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição, e perigo de lesões cutâneas”. E “todas as subescalas estão ponderadas de 1 à 4, excepto a de perigo de lesões cutâneas, que se encontra ponderada de 1 à 3” (*Ibidem*).

Baranoski e Ayello (2006, p.286) referem que “a escala é baseada em dois factores etiológicos principais do desenvolvimento de úlceras de pressão: a intensidade e duração e tolerância tecidual a pressão”. Desta forma, “as definições de cada subescala assim como as características do utente a avaliar são dados por classificação numérica, onde o score mais baixo é o 6 e o mais alto é o 23” (Baranoski e Ayello, 2006, p. 286). Assim, “um score numérico baixo significa que o utente está em risco de desenvolver úlcera de pressão” (*Ibidem*).

Ainda os mesmos autores “[...] sugerem os seguintes níveis de risco com base nos scores totais da Escala de Braden, isto é, de 15 à 18 o utente ainda se encontra em risco, de 13 à 14, há um risco moderado”. Ainda, “de 10 à 12 observa-se um alto risco e 9 ou menos há um risco muito alto” (*Ibidem*). Contudo “na prática, os clínicos têm apenas duas categorias: os utentes que estão em risco e os que não estão” (*ibid*, p. 287).

Após a avaliação, Menoita (2012, p.168) diz que “na pessoa hospitalizada, deve ser adoptado um procedimento para a reavaliação dentro de 48 horas ou sempre que haja uma alteração significativa na situação clínica da mesma”. Diante disto, Baranoski e Ayello (2006, p.287) afirmam que “determinar o nível de risco é útil na decisão de estratégias de prevenção [...], onde o parecer clínico deve desempenhar um papel na interpretação do score total porque nem todos os factores de risco estão quantificados nesta escala” (*Ibidem*).

1.4.2 Os Cuidados de Enfermagem

As autoras Baranoski e Ayello (2006, p.291) referem que a prevenção de úlceras de pressão pode ser mais eficaz através de uma abordagem multidisciplinar”. No entanto Pini (2012, p. 33) salienta que “relativamente a ocorrência de úlcera de pressão, as intervenções autónomas têm um grande impacto sobre a prevenção destas lesões”. Neste caso, “os enfermeiros têm a autonomia para delinear o planeamento de cuidados e estratégias a serem instituídas na prevenção” (Pini, 2012, p.33).

1.4.2.1 Os cuidados com a pele do utente

Segundo Baranoski e Ayello (2006, p.291) “qualquer bom programa de prevenção começa com a avaliação da pele do utente”. Neste sentido “a pele deve ser avaliada diariamente nos cuidados de longo prazo” (*Ibidem*). Portanto “a avaliação da pele é importante porque proporciona informações sobre o estado da pele no começo dos cuidados e [...] sobre a eficácia do plano de prevenção” (Dealey, 1997, p.149).

Conforme Coroas (2010, p.149) “deve ser feita uma inspecção diária de uma forma pormenorizada, com especial atenção aos pontos sujeitos a maior pressão”. Neste caso “a inspecção deve abranger a avaliação das proeminências ósseas, deve identificar o estado da pele normalmente os locais de secura, fragilidade, eritema e maceração” (*Ibidem*).

Para além disso “é importante avaliar a cor da pele, visto que a pele escura é mais fácil de avaliar em termos dos primeiros sinais de lesão do tecido onde observa se está seca, estalada ou endurecida” (Coroas, 2010, p.149). Ainda Potter e Perry (2006, p. 952) acrescentam ainda que “é necessário avaliar os indivíduos de pele clara, verificando a descoloração da mesma e também detectar alterações da temperatura, rigidez no tecido circundante”.

Segundo Baranoski e Ayello (2006, p.291) “o horário do banho deve ser individualizado com base na idade do utente, textura da pele e secura ou oleosidade excessiva da pele”. Ainda, Menoita (2012, p.168) refere que “é aconselhado lavar a pele com água morna, retirar o sabão no fim dos cuidados de higiene e conforto e secar a pele cuidadosamente, limpando-a sem fricção”. De acordo com Baranoski e Ayello (2006, p.291) “é recomendado o uso de produtos não secantes para limpar a pele, nomeadamente cremes hidratantes não alcoólicos, após o banho”.

A autora Morison (2004, p.99) refere que “a massagem dos locais de pressão tem sido o método tradicional para prevenir o desenvolvimento de úlceras de pressão”. No entanto, Menoita (2012, p.168) “aconselha a não massajar-se as saliências ósseas, pois está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver [...] pele frágil”. Ainda, Baranoski e ayello (2006, p.292) referem que “não se deve massajar proeminências ósseas avermelhadas porque pode conduzir a um futuro dano tecidual”.

Porém Cruz *et al*, (2007, p.82) refere que a massagem de hidratação com substâncias gordas protectora parece ser adequada, na medida em que estimula a circulação sanguínea local”. Entretanto “esta massagem deverá ser suave e nunca profunda, principalmente se houver suspeita de lesões, podendo estar a agredir ainda mais os tecidos” (*Ibidem*).

Ainda as mesmas autoras expõem que “os locais de pressão nunca devem ser tapados com compressas ou algodão, visto que aumentam a temperatura local e não permitem visualizar a evolução, positiva ou negativa da zona” (*Ibidem*). Sobretudo, se a pele for húmida, a fonte dessa humidade deve ser identificada e se possível, tratada” (Dealey, 1997, p.156). Menoita (2012, p.168) diz que “quando a humidade não pode ser controlada, recomenda-se medida que ajudam a prevenir os danos à pele”.

Neste caso “para utentes incontinentes, deve-se considerar-se a utilização de barreiras húmidas e pomadas como opções de tratamento e as razões da incontinência devem ser sempre determinadas e implementadas medidas apropriadas para lidar com a causa” (Baranoski e Ayello, 2006, p.291). Segundo Cruz *et al*, (2007, p.83) “nos utentes incontinentes deve usar-se fralda ou dispositivo urinário, visto que a utilização de sonda vesical está contra - indicada face ao grande número de infecções urinárias que daí advêm [...]”.

De acordo com Coroas (2010, p.50) “é fundamental reparar as consequências da incontinência, sudorese abundante e feridas muito exsudativas, para o controlo da humidade”. Portanto “o enfermeiro deve estar desperto para as diferentes fontes de humidade e quando possível eliminá-las” (Menoita *et al*, 2012, p.168).

1.4.2.2 Protecção contra as forças externas

De acordo com Coroas (2010, p.50) “é necessário ter em atenção medidas que possibilitem a diminuição dos efeitos causados por forças mecânicas externas como pressão, fricção e deslizamento”. A autora Ota (2008, p.15) afirma que “o alívio da pressão é provavelmente o factor mais importante na prevenção das úlceras de pressão”.

Segundo Cruz *et al* (2007, p.82) “o utente imobilizado deverá estar posicionado de tal forma que o seu peso corporal reparte por toda a superfície de apoio, [...]”. Neste sentido “deve-se alternar os posicionamentos com uma frequência em função da situação do utente, mas nunca excedendo o tempo de três horas na mesma posição” (*Ibidem*).

Por outro lado, Morison (2004, p.84) refere que “tradicionalmente, o reposicionamento é considerado como mais efectivo quando realizado em intervalos de duas horas”. No entanto Menoita (2012, p.171) refere que “a frequência de reposicionamento necessária para prevenir isquemia é variável e desconhecida, mas através do reposicionamento regular, o peso corporal é redistribuído [...]”.

De acordo com Baranoski e Ayello (2006, p.292) “os horários de posicionamento devem ser desenvolvidos com base nas necessidades individuais e nos objectivos de cuidados do utente”. Segundo Morison (2004, p.85) “o intervalo de posicionamento de duas horas emergiu de observações feitas durante tentativas de prevenir o desenvolvimento de úlcera de pressão entre utentes paraplégicos”.

Conforme Cruz *et al*, (2007, p.83) “a mobilização é uma acção que deve ser implementada dentro das potencialidades dos utentes”. Para além, “das mobilizações resultantes das alternâncias de posicionamentos e da higiene, é necessário desenvolver um programa adequado de mobilizações, onde se incluam mobilizações activas e passivas” (*Ibidem*).

Neste caso “o utente deve ser estimulado ou ajudado a utilizar todos os decúbitos, com alternância adequadas, mantendo um correto alinhamento consoante as regas apresentadas (Cruz et al, 2007, p.83). E com a mudança de posição de forma adequada, como está explicitada anteriormente “[...] aumenta o tónus muscular, cutâneo e vascular e ainda há uma estimulação dos processos metabólicos e a força anímica do utente” (*Ibidem*).

Segundo Potter e Perry (2006, p.905) “quando o utente é limitado na utilização da arrastadeira, normalmente tem de ser ajudado, tendo em consideração ao posicionar o utente, elementos importantes como evitar o esforço e o desconforto na pele”. Entretanto “para o utente com maior mobilidade a cadeira sanitária pode ser uma alternativa segura eficaz à arrastadeira, porque a sua utilização é menos cansativa e permite que o utente assuma uma posição mais adequada para eliminar” (*Ibidem*).

De acordo com Baranoski e Ayello (2004, p.288) “deve-se ter cuidado em não arrastar o utente durante transferências ou mudança de posição”. Então neste caso, é recomendado “o uso de aparelhos apropriados, como um lençol de virar ou aparelho mecânico de elevação, para prevenir lesões de fricção na pele do utente [...]” (*Ibidem*).

Conforme, Morison (2004, p.87) “as superfícies de apoio, sejam camas ou colchões, têm sido utilizadas durante muitos anos para ajudar a prevenção de úlceras de pressão”. Logo “existem diversos tipos de materiais que colaboram na prevenção de úlcera de pressão, alguns são simples de ser usado outros exigem uma manipulação técnica” (Cruz *et al*, 2007, p.94). Mas “enquanto uns são fáceis de conseguir outros são difíceis devido aos custos elevados” (*Ibidem*).

Como afirma Menoita (2012, p.170) “os dispositivos correctos devem ser usados para evitar que as saliências ósseas fiquem em contacto umas com as outras”. Neste caso “para as proeminências ósseas é aconselhado utilizar pensos almofadados, pensos como películas, hidrocolóides, espumas e rolos de gases” (Baranoski e Ayello, 2006, p.291).

Segundo Cruz *et al*, (2007, p.94) “os colchões de pressão alternada usados nos hospitais, consiste num colchão que vai enchendo e esvaziando, quando accionado por uma bomba eléctrica”. Isto funciona de tal forma que “os locais de maior apoio do utente no leito vão alternando em função da fase do colchão” (*Ibidem*). Assim, “é necessário uma vigilância diária do funcionamento destes colchões garantindo a sua funcionalidade plena, [...]” (*Ibidem*).

Para além desse tipo de colchão “é utilizado o colchão de água que permite a repartição do peso corporal e constitui um auxiliar importante nos utentes de alto risco” (Cruz *et al*, 2007, p.95). Contudo “a sua utilização está contra-indicada em algumas situações como traumatismo vertebro-medular na fase aguda, onde possa haver instabilidade na coluna, por outro lado, é pouco utilizado devido aos custos elevados” (*Ibidem*).

De acordo com Baranoski e Ayello (2006, p.292) “é importante “manter os calcâneos dos utentes fora da cama, usando almofadas, aparelhos de elevação dos pés”. Também, o uso de um lençol de banho enrolado sob os gêmeos, pode fazer com que os calcâneos permanecem levantados, aliviando completamente a pressão” (*Ibidem*).

Neste caso “o uso de almofadas é o meio mais importante e mais acessível na prevenção de úlceras de pressão” (Cruz *et al*, 2007, p.95). Pois “são utilizadas para permitir uma distribuição uniforme do peso do corpo, são muito usados quando o utente está sentado e também ajudam no posicionamento” (*Ibidem*).

Ainda os mesmos autores salientam que “o uso de rodilha, é um meio controverso, pois aumenta a compressão ao redor da zona preservada, e por isso podem reduzir o fluxo sanguíneo àquela região” (Cruz *et al*, p.95). Mas “poderão servir de apoio em caso de protecção occipital” (*ibid*, p.96).

1.4.2.3 Cuidados com o estado nutricional

Autoras Baranoski e Ayello (2006, p.292) referem que “nenhum estudo clínico randomizado tenha documentado os efeitos de intervenções nutricionais específicas na prevenção de úlcera de pressão”. Portanto “a avaliação e o aporte nutricional são muitas vezes esquecidas” (Morison, 2004, p.129).

Segundo Baranoski e Ayello, (2006, p.292) “um grande estudo feito por Besgstrom e Braden, descobriu que residente em lares que desenvolviam úlcera de pressão tinha um aporte proteico significativamente baixo”. Neste caso “se a avaliação nutricional sugerir que o utente tem um mau estado nutricional, então deve ser desenvolvido um plano adequado de cuidados” (Dealey, 1997, p.156).

Segundo Morison (2004, p.214) “o aporte nutricional adequado pode então ser efectuado para minimizar o risco de ocorrência de úlcera de pressão e melhorar outros resultados clínicos”. E “apesar dos registos sobre a quantidade e qualidade da ingestão de alimentos, ser executado e interpretado pelos enfermeiros, uma boa precisão pode ser alcançada com a utilização de uma dietista” (*ibid*, p.222).

Neste caso “o conteúdo da história deve centrar-se nos padrões normais de alimentação, dietas prescritas, peso normal e padrões de variações de peso ao longo do tempo”. Ainda pode “centra-se nas preferências em termos de comida e medicamentos ou suplementos” (*ibid*, p.223).

Entretanto Menoita (2012, p.174) diz que “quando não for possível promover uma alimentação normal, está indicado o uso de suplementos orais, ricos em proteínas e energia”. De acordo com Morison (2004, p.225) “os suplementos alimentares geralmente incluem leite ou bebidas energéticas e densas em nutrientes [...] e também, sopas ricas em nutrientes podem ser usadas para enriquecer a qualidade da refeição do hospital”.

A mesma autora acrescenta que “o enfermeiro deve assegurar que cada utente receba e consome o suplemento correto à hora apropriada” (Morison, 2004, p.225). Também é necessário “um encorajamento positivo para comer e beber todo o suplemente alimentar para aumentar o aporte nutricional” (*Ibidem*). Ainda, Henderson (2007, p.31) acrescenta que “seja qual for a via pela qual o utente é alimentado, a enfermeira é responsável pela avaliação do seu apetite e pela adequação das quantidades ingeridas”.

CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 A Fase Metodológica

De acordo com Fortin (1999, p.18) “a investigação numa dada disciplina visa a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão”. Assim “a investigação consiste em alargar o campo dos conhecimentos na disciplina a que diz respeito e a facilitar o desenvolvimento desta como ciência” (*Ibidem*). Segundo Fortin (2009, p.211) “a fase metodológica reporta-se ao conjunto dos meios e das actividades próprias para responder às questões de investigação [...]”.

Num primeiro momento deste trabalho, baseou-se em uma revisão bibliográfica e exploratória realizada em livros, artigos publicados e trabalhos criados no contexto académico relacionadas com o tema em estudo, para dar sustentabilidade a pesquisa e para ajudar a compreender os principais conceitos. Como afirma Rodrigues (2007, p.6) “a pesquisa exploratória é a caracterização inicial do problema, sua classificação e de sua definição, isto é, constitui o primeiro estágio de toda a pesquisa científica”.

Assim sendo Prodanov e Freitas (2013, ps.51 - 52) afirmam que “quando a pesquisa exploratória, se encontra na sua fase preliminar, tem como finalidade proporcionar mais informações sobre o assunto [...] possibilitando sua definição e seu delineamento”. Isto quer dizer que “facilita a delimitação do tema da pesquisa, orienta a fixação dos objectivos ou descobre um novo tipo de enfoque para o assunto, neste caso representa as pesquisas bibliográficas” (*ibid*, p.52).

De acordo com Fortin (2009, p.211) “no decurso da fase metodológica, a atenção do investigador é dirigida, principalmente, para o desenho de investigação, a escolha da população, [...] dos métodos de medida e de colheita de dados”. Conforme Prodanov e Freitas (2013, p.14) “a metodologia é compreendida como uma disciplina que consiste em estudar, compreender e avaliar os vários métodos disponíveis para a realização de uma pesquisa académica”. Ainda este mesmo autor acrescenta que, “a metodologia, em um nível aplicado, examina, descreve e avalia métodos e técnicas de pesquisa que possibilitam a colecta e o processamento de informações [...]” (*Ibidem*).

A autora Fortin (2009, p.214) diz que:

“A precisão do desenho de investigação, consiste num conjunto de directrizes correspondentes ao tipo de estudo escolhido, segundo se trata de descrever, de explicar ou de prever fenómenos. Pois o desenho descritivo, correlacional e experimental exige estratégias diferentes para levar o estudo a bom termo e chegar a resultados credíveis”.

2.1.1 Abordagem qualitativa

Tendo em conta as particularidades do referente estudo, que se integra num trabalho de conclusão de curso, debruçando sobre o tema a importância das intervenções de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão em utentes acamados, onde se pretende colher informações junto dos enfermeiros do Hospital Batista Sousa, considerou-se pertinente aplicar o método de pesquisa qualitativa.

Para Streubert e Carpenter (2002, p.5) “o conhecimento estético em enfermagem faculta o enquadramento para a exploração de metodologia de investigação qualitativa”. As mesmas autoras referem que “a investigação qualitativa apela mais ao conhecimento dos padrões de um fenómeno do que à explicação de factos controlados e generalizados” (*Ibidem*).

Para chegar aos objectivos definidos, que enquadram-se no conhecer e identificar fenómenos neste presente estudo, considerou-se fiável aplicar este tipo de abordagem, para compreender os factos em estudo na sua dimensão mais ampla. Como afirmam Prodanov e Freitas (2013, p.21) “os movimentos em torno da pesquisa qualitativa buscam confrontar-se com os excessos da formalização, mostrando que a qualidade é menos questão de extensão do que de intensidade”.

Assim, Streubert e Carpenter, (2002, p.18) diz que “os investigadores qualitativos, em vez de procurarem uma realidade [...] acreditam que os indivíduos participam activamente nas acções sociais, através das quais compreendem o fenómeno, de diversos modos”. E, “devido ao facto das pessoas compreenderem e viverem experiências diferentes, os investigadores qualitativos não subscrevem uma única verdade, mas antes, muitas verdades” (*Ibidem*).

A autora Hiks (2006, p.7) acrescenta que “este tipo de investigação é um meio pelo qual se pode obter perspectivas ou descrições acerca de pontos de vista, opiniões, sentimentos e crenças, de uma pessoa, dentro de determinados parâmetros”. Neste caso “a metodologia qualitativa serve para compreender o sentido da realidade social na qual se inscreve a acção [...] e tem por finalidade chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos” (Fortin, 2009, p.20).

Além disso “o investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tais como se apresentam, mas não mede nem controla” (*Ibidem*). Ainda Pereira (2009, p.6) explica que “as abordagens de natureza qualitativa são as mais antigas e consideram as pessoas como activas que estão em permanência a interpretar e a construir os significados do mundo e agir sobre ele”. Além disso “procuram estudar as relações sociais, uma vez que o centro das explicações do comportamento humano reside nos significados que eles expressão, numa pluralidade do universo [...] em que se encontram”.

O tipo de abordagem empregado neste estudo, não se baseia em hipóteses estáticas, mas sim em uma relação directa com os participantes no meio onde o pesquisador encontra-se presente. Desta forma, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, no sentido de compreender o fenómeno em diferentes dimensões.

2.1.2 As técnicas de pesquisas

Segundo Prodanov e Freitas (2013, p.102) “entende-se por técnica o conjunto de processos utilizados por uma ciência, cabendo ainda a técnica fazer o encadeamento lógico do trabalho, [...] cuja redacção deverá ser [...] objectiva”. Logo “a escolha dos métodos de colheitas dos dados depende das variáveis estudadas e da sua operacionalização” (Fortin, 2009, p.56).

Além disso “a escolha do método depende das questões de investigação [...], do desenho e dos conhecimentos de que se dispõe sobre o tema estudado” (*ibid*, p.57). Deste modo Fortin (1999, p.239) refere que “nestas circunstâncias, o investigador procede à concepção de instrumento de medida apropriados às variáveis a estudar”.

Segundo a mesma autora “são de considerar certos factores na escolha de um instrumento de medida, como: os objectivos do estudo, o nível dos conhecimentos das variáveis, [...] a validade e a concepção dos próprios instrumentos de medida” (Fortin, 1999, p.239). Portanto “cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo e às questões de investigação colocadas” (*ibid*, p.240).

2.1.2.1 A entrevista

Dentro da abordagem qualitativa foi escolhido a entrevista, pois este tipo de instrumento permitirá relacionar melhor com os participantes e compreender as suas perspectivas, gerando uma maior ligação as suas realidades. A entrevista, permite entender melhor a situação dos entrevistados, os seus sentimentos, ideias e atitudes.

Neste caso, se refere aos enfermeiros que prestem cuidados preventivos aos utentes acamados, no Hospital Batista Sousa, nomeadamente nos serviços de cirurgia de medicina. De acordo com Fortin (1999, p.244) “a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”.

Conforme Quivy e Campenhoudt (1998, p.191) “os métodos de entrevista distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interacção humana”. Assim “estes processos permitem ao observador retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados, caracterizando a entrevista por um contacto directo entre o investigador e os seus interlocutores [...]” (*Ibidem*).

Ainda os mesmos autores acrescentam que, se “a entrevista é [...] um método de recolha de informações, no sentido mais rico da expressão, o espírito teórico do investigador deve [...] permanecer continuamente atento, de modo que as suas intervenções tragam elementos de análise fecundos” (*ibid*, p.192). Ainda Sousa e Batista (2011, p.79) acrescentam que “a entrevista carece de um propósito bem definido [...] e, é essencial ter uma imagem do entrevistado, procurando concretizar sucintamente a sua pessoa”.

Dos tipos de entrevista existente, foi adoptado neste estudo a semi-estruturada ou semi-directiva com perguntas abertas, porque permite obter respostas no seu sentido mais amplo, deixando que os entrevistados se expressem abertamente do assunto e também permite ao investigador seguir o pensamento dos participantes, orientando-os em função dos objectivos traçados.

Diante disto, os autores Quivy e Campenhoudt (1998, p.192) enfatizam que “a entrevista semi-estruturada é mais utilizada em investigação social [...] e geralmente o investigador dispõe de uma série de perguntas guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação dos entrevistados”. Entretanto “o investigador esforça simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objectivos, cada vez que o entrevistado afasta dos mesmos” (*ibid*, p.193).

E também, o investigador reformula as perguntas quando o entrevistado não chega por si próprio no momento apropriado de forma natural quanto possível” (*ibid*, p.193).

De acordo com Sousa e Batista (2011, p.80) “a entrevista já tem um guião, com um conjunto de tópicos ou perguntas a abordar, dando liberdade ao entrevistado, embora não o deixe fugir muito do tema”. Segundo os mesmos autores “nas questões abertas o entrevistado tem a possibilidade de exprimir e justificar livremente a sua opinião” (*ibid*, p.81). A autora Fortin (1999, p.248) acrescenta que “as questões abertas têm as vantagens de estimular o pensamento livre e de favorecer a exploração em profundidade da resposta do participante”.

De acordo com este tipo de entrevista, foi elaborado um guião (anexo 5) para alguns enfermeiros do Hospital Batista Sousa e neste foi indicado os objectivos da entrevista e de seguida foi delineado as perguntas dentro do mesmo. No total foi elaborado 28 perguntas divididas em três grupos. O primeiro grupo (com 5 perguntas) indica a caracterização geral dos entrevistados, o segundo grupo (com 4 perguntas) engloba questões relacionadas com as úlceras de pressão (definição, factores de risco classificação, locais e estádios) e o terceiro grupo (com 13 perguntas) abrange os cuidados específicos de enfermagem na prevenção de úlcera de pressão.

Segundo Sousa e Batista (2011, p.83) “o guião de entrevista é um instrumento para a recolha de informações na forma de texto que serve de base à realização de uma entrevista”. Assim “o guião é constituído por um conjunto de questões abertas, semi-abertas ou fechadas” (*Ibidem*). Por outro lado “ele deve incluir uma indicação da entidade ou pessoa, data, local e título, bem como um texto inicial e os seus objectivos, devendo ser lidos ao entrevistado” (*Ibidem*).

As autoras, Streubert e Carpenter (2002, p.27) referem que “independentemente das estratégias de colheita de dados, serem importantes na entrevista, os investigadores necessitam de aceder aos participantes”. Pois “o acesso é uma consideração extremamente importante quando se projectam as estratégias de colheita de dados” (*Ibidem*).

Portanto “quando a entrevista é a principal estratégia de colheita de dados, é importante determinar como será conduzida, pois o modo como os entrevistadores representam-se a si mesmos afectará o nível e o tipo de participação” (Streubert e Carpenter, 2002, p.27).

Para a entrevista, foi escolhido 3 enfermeiros do serviço de cirurgia e 3 de medicina. Dos entrevistados, 4 são do sexo masculino e 2 são do sexo feminino com idade compreendida entre 30 aos 50 anos.

Quanto ao nível académico, 3 tem complemento de licenciatura e 1 é enfermeiro graduada mas sem complemento de licenciatura, os outros dois enfermeiros não têm complemento. Um deles exerce o cargo de chefia e os outros 5 são enfermeiros de turno normal. Foram escolhidos os enfermeiros desses dois serviços uma vez que estão mais ligadas aos cuidados de utentes com um certo risco de desenvolver úlcera de pressão.

Segundo Streubert e Carpenter (2002, p.25) “os indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência, como [...] a interacção social ou o fenómeno de interesse”. Ainda Fortin (1999, p.133) acrescenta que “a descrição da população fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados”. Assim “as características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e determinam os critérios de selecção” (*Ibidem*).

Depois de identificar esses enfermeiros, foi-lhes dado o conhecimento deste trabalho de fim de curso que estava a ser realizado para obtenção do grau de licenciatura em enfermagem e que, seria realizado um estudo com alguns enfermeiros do respectivo serviço. Foi-lhes entregue o consentimento informado com todas as condições e informações necessárias. Assim Streubert e Carpenter (2002, p.27) afirmam que “após o investigador obter acesso, é importante estabelecer relação para manter interesse e consideração pelo informante da investigação [...]” (*Ibidem*).

Para a realização da entrevista, foi combinado com os entrevistados o dia e a hora em que estavam disponíveis para a concretização da mesma. No dia da entrevista, foi perguntado, mais uma vez, aos entrevistados se não tinham nenhuma dúvida acerca da sua participação e responderam que não. Durante as entrevistas, as perguntas foram feitas de forma clara e quando mostravam alguma margem de dúvida, o entrevistador tirava-lhes as dúvidas. De uma forma geral duraram cerca de quinze aos vinte minutos cada e as informações foram recolhidas por escrito.

2.1.3 As questões éticas

Perante um trabalho de investigação em qualquer área social, é importante seguir certos princípios éticos, que darão qualidade e regularizam a investigação. Portanto neste estudo, foi seguido certos princípios éticos que colocam em vigor o respeito e a dignidade humana, para a protecção dos direitos dos entrevistados.

Segundo Sousa e Batista (2011, p.12) “a ética é a parte da filosofia responsável pela investigação dos princípios que motivam, disciplinam ou orientam o comportamento humano, reflectindo a essência das normas e valores”. Assim “os valores éticos de conduta profissional são baseados nos valores da sociedade, incluindo a estabilidade entre os direitos e a privacidade dos indivíduos e o bem-estar geral” (Sousa e Batista, 2011, p.12).

De acordo com Fortin (1999, p.116) “a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa”. Logo “é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações” (*Ibidem*).

Ainda para completar, a mesma autora enumera “cinco princípios fundamentais aplicáveis aos seres humanos, nomeadamente, o direito à autodeterminação e a intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo e a um tratamento justo e leal” (Fortin, 1999, p.16).

Para desenvolver o estudo, foi enviado a direcção do Hospital Batista Sousa, um requerimento escrito pela coordenação do curso de enfermagem (anexo 3), para solicitar autorização e também foi feito um requerimento próprio (anexo 4) a fim de obter a permissão para desenvolver a pesquisa nos serviços referidos. Em seguida, foi entregue aos entrevistados, um consentimento informado (anexo 6), que explica todas as regras de participação na entrevista, respeitando assim a intimidade, o respeito e o anonimato dos mesmos.

Deste modo, Fortin (2009, p.180) afirma que:

“Quaisquer que sejam os aspectos estudados, a investigação deve ser conduzidas no respeito dos direitos da pessoa. As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência. O respeito das pessoas e da escolha esclarecida assenta no princípio segundo o qual toda a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria. Logo o consentimento esclarecido significa que o sujeito obteve toda a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu bem aquilo em que se envolve”.

Conforme Fortin (1999, p.116) “qualquer investigação junto de seres humanos, constitui uma forma de intrusão na vida pessoal dos sujeitos”. Logo, “o investigador deve assegurar-se que o seu estudo é menos invasivo possível e que a intimidade [...] está protegida, assim o sujeito consente em participar no estudo e em revelar a informação íntima [...]” (*ibid*, ps. 116 - 117).

Segundo Sousa e Batista (2011, p.12) “o investigador deve ter presente um conjunto de princípios que podem orientar o seu desempenho”. Assim “ele, empenha-se em proteger o anonimato da pessoa ao longo de todo o estudo, incluindo igualmente a etapa de divulgação dos resultados” (*Ibidem*).

2.1.4 O meio da pesquisa

Neste estudo, considerou-se importante, identificar e caracterizar o meio onde foi conduzido o estudo. Deste modo, Fortin (2009, p.217) explica que “nos estudos qualitativos, o meio onde os participantes vivem ou trabalham reveste-se de uma grande importância”.

Este estudo foi realizado no Hospital Batista de Sousa, especificamente nas enfermarias de cirurgia e de medicina, que são dois serviços de internamentos do referido hospital da ilha de São Vicente. Porque, são os serviços, onde existe a população alvo que vão de encontro com as características do referido estudo e também onde se encontram enfermeiros que prestem cuidados de proximidade e holístico durante 24 horas. E também foi no serviço de cirurgia que foi realizado o ensino clínico projecto pessoal em enfermagem clínica.

Nestes dois serviços, contém 40 camas e 8 quartos em regime de internamento, trabalha 12 enfermeiros na cirurgia e 9 na medicina, estes são formadas por uma equipa de 2 aos 3 enfermeiros em cada turno, uma enfermeira chefe que trabalha das segundas às sextas-feiras das 8 às 15 horas. E também existe 4 ajudantes de serviços gerais que trabalham em cada turno.

CAPÍTULO III - ANÁLISE, DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1. Uma Breve Abordagem sobre esta Etapa

Segundo Sousa e Batista (2011: 106) “a análise e interpretação é um processo de decomposição de um todo nos seus elementos, procedendo posteriormente à sua examinação de forma sistemática”. E “em termos de investigação, corresponde a etapa onde se registam, analisam e interpretam os dados” (*Ibidem*).

O investigador “após recolher as informações, terá necessidade de proceder à sua selecção, [...] tornando necessário seleccionar aquela que tem maior importância e que seja mais relevante para dar resposta às questões da investigação” (*ibid.*: 107). Para isso é necessário que o investigador “seja capaz de aceitar explicações alternativas e/ou contrárias àqueles que esperava, deverá estar aberto a diferentes possibilidades e ser capaz de realizar comparações e contrastes, relatando os dados resultantes” (*ibid.*, ps. 110 - 111).

As mesmas autoras expõem que “a análise documental e a selecção dos documentos, enquadra-se a realização de uma análise mais aprofundada dos documentos seleccionados recorrendo a técnica de análise de conteúdo” (*ibid.*, p.113). O autor Vilelas (2009, p.342) afirma que “esta é uma técnica refinada, delicada e requer muita dedicação, paciência e tempo para satisfazer a curiosidade do investigador”. Ainda Sousa e Batista (2011, p.162) acrescentam que “nesta etapa, procurara-se descrever e preparar os dados para a análise e é efectuado comparações dos resultados esperados com os obtidos [...]”.

3.1.1 Caracterização dos participantes

Aqui é feito a caracterização dos entrevistados que fizeram parte desta pesquisa, identificados através das letras do alfabético (M,N,O,P,Q,S) por ordem da realização das entrevistas e também por forma a salvaguardar a identidade dos mesmos. A caracterização dos mesmos é feita em função do sexo, idade, profissão, categoria profissional e tempo de actividade profissional.

Neste estudo participaram 6 enfermeiros, em que 4 são do sexo masculino e dois são do sexo feminino, todos trabalham no Hospital Batista Sousa, mais precisamente nos serviços de cirurgia e de medicina. Relativamente a idade dos participantes, estão compreendidas ente 30 à 55 anos.

De acordo com a categoria profissional, todos são enfermeiros gerais, entretanto, 2 têm complemento de licenciatura, 3 não têm e 1 é enfermeira graduada mas está a realizar o complemento de licenciatura. No que diz respeito ao tempo de actividade profissional, 4 apresentam 20 aos 26 anos de actividade e dois apresentam 3 aos 5 anos. A maioria dos participantes apresenta uma média de 20 anos de trabalho no respectivo serviço de medicina ou de cirurgia.

3.1.2 Análise e discussão das informações

As informações recolhidas através da entrevista semi-estruturada, foram primeiramente transcritas para uma melhor organização e clareza, depois foi procedido a leitura vertical das respostas dadas pelos entrevistados e também a comparação entre elas. Depois foi efectuado a análise e interpretação das informações em função de cada pergunta feita aos entrevistados e de acordo com as respostas considerados pertinentes que vão de encontro com os objectivos traçados e a revisão de literatura utilizada.

Na 1ª pergunta, pretendia saber o que os enfermeiros entendiam de úlceras de pressão

Considerou-se importante saber este conceito da parte dos entrevistados, e assim, pode-se constatar que todos percebem a definição das úlceras de pressão, e mesmo expressando em palavras diferentes e usando termos próprios, emitiram respostas bastantes satisfatórias e com significados semelhantes. E assim, mostraram que estas são lesões que muitas vezes surgem na pele do utente acamado, quando as proeminências ósseas estão sobre pressão prolongada na cama, surgindo por vezes necrose dos tecidos.

M - *“É uma lesão que surge quando um utente passa muito tempo acamado e quando as proeminências ósseas mais salientes exercem pressão sobre um colchão [...]”*.

N - *“É uma ferida que os utentes desenvolvem devido a pressão que exercem quando permanecem muito tempo na cama”*.

P - *“São lesões nos tecidos moles, provocadas por um longo período de tempo acamado quando o este se encontra sob pressão sobre os ossos podendo ocorrer até necrose dos mesmos”*.

Estes conceitos expostos pelos enfermeiros, estão em concordância com a definição apresentada por Baranoski e Ayiello (2004, p. 280) mostrando que “as úlceras de pressão são consideradas lesões localizadas que se desenvolvem sobre as proeminências ósseas devido a pressão excessiva que conduz a isquemia e necrose” [...].

Na 2ª pergunta queria saber como são classificados e quais são os factores de riscos das úlceras de pressão.

De acordo com as informações obtidas, apenas três classificaram e indicaram factores de riscos, 2 indicaram factores e 1 não classificou e nem indicou os factores de riscos. Os que responderam, mostraram que os factores de riscos são aqueles que são próprios da situação do utente ou interior ao organismo e também aqueles que são exteriores ao mesmo.

Entre os factores que existem, os mesmos indicaram vários que podem causar o surgimento de uma úlcera de pressão, dando ênfase a ausência ou insuficiência de cuidados de higiene, deficiente estado nutricional, a pressão exercida na cama, a presença de urina e fezes e também a fricção exercida quando o utente é escorregado na cama.

M- *“São classificados em interno e externo, onde temos os seguintes factores: ser acamado, falta de cuidados de higiene, ausência de movimentos, má nutrição, [...] rugas na cama, pressão nos pontos de pressão, presença de urina e fezes, arrastar os utentes na cama”.*

N- *“Aqueles próprios da condição do utente e aqueles exteriores a sua condição, por exemplo ficar na mesma posição muito tempo sem movimentar, a incontinência, o escorregamento na cama e também a qualidade do colchão, lençóis de cama não arrumadas e as doenças do próprio utente”.*

P- *“Podem ser classificados em factores intrínsecos ou extrínsecos, como por exemplo, o tempo prolongado na cama ou nas cadeiras, dificuldade de locomoção, incontinência vesical, nutrição deficiente, conhecimento deficiente”.*

Assim, Dealey (1997, p.142) afirma que “as úlceras de pressão são causadas por uma combinação de factores externos e próprios do utente”. Portanto “conhecem-se os principais factores etiológicos como a pressão, o cisalhamento e a fricção, assim como os factores clínicos: a imobilidade, a desnutrição, incontinência, idade, fratura” (Bollander,1998, p.1626).

É extremamente importante que todos os profissionais tenham conhecimento dos vários factores de riscos que podem proporcionar o desenvolvimento de uma úlcera de pressão, bem como a origem dos mesmos, para uma melhor tomada de decisão e acção na área preventiva.

Morison (2004, p.73) afirma que “as competências de enfermagem são necessárias para seleccionar, pesar e combinar importantes factores de forma a identificar, compreender e actuar”.

Na 3ª pergunta queria saber quais os locais do corpo onde desenvolvem úlcera de pressão com maior frequência

Os enfermeiros mostraram que as mesmas podem surgir com mais facilidade nas proeminências ósseas, pois se encontram mais expostas a qualquer pressão, quando o utente permaneça muito tempo na cama ou também numa mesma posição. Perante os diferentes locais, referiram principalmente os locais do sacro-cocígea, trocânteres, calcâneos, nádegas, cotovelo, omoplata, occipital, orelhas entre outras protuberâncias ósseas.

Deste modo Baranoski e Ayello (2006, p.279) asseguram que “as úlceras de pressão localizam habitualmente sobre as proeminências ósseas, como o sacro, cóccix, ancas, calcânêos [...]”. Ainda os autores Goldsmith, Lazarus e Tharp (2000, p.445) acrescentam que “os locais de pressão e traumas [...] como a pré-sacral, escapular e as tuberosidade isquiáticas”.

M – *“Omoplata, calcâneos, costela, cotovelos, joelhos, fossa iliaca, occipital”*

N- *“Proeminências ósseas, como os calcâneos, quadril, cotovelo, costas, sacrococcígea [...]”*

O- *“Protuberâncias ósseas em contacto com a cama, por exemplo, a zona do sacro, calcâneos, cotovelo, ombro, as orelhas e mãos”.*

P- *“Nádegas, cotovelos, tornozelos, trocânteres, orelhas”.*

Na 4ª pergunta, desejava saber quantos estádios tem uma úlcera de pressão e quais são esses estádios

Como pode-se constatar, as informações recolhidas diferem de enfermeiros para enfermeiro, isto é, a maioria indicou 4 estádios e uma minoria indicou menos que quatro. Como é evidente os quatro estádios estão mais conciliados com o recomendado e mais utilizado. Os enfermeiros que indicaram os quatro estádios, caracterizaram os mesmos de forma semelhante, onde no primeiro estágio, indicaram alteração da cor e da temperatura da pele, na segunda apontaram uma lesão superficial com flictenas. Na terceira assinalaram lesões nas camadas mais profunda da pele e no último estágio indicaram uma destruição total com exposição dos ossos e músculos.

M- *“Tem 4 estádios: 1ª - A zona começa a ficar vermelha e com eritema, 2ª - começa a surgir flictena e ferida superficial, 3ª - surge uma lesão profunda da derme e 5ª - a lesão atinge os músculos e ossos”*.

N- *“Normalmente são 4 estádios, começa quando a pele fica vermelha, depois há uma desarticulação da pele, depois aparece uma ferida superficial e depois a mais profunda”*.

P- 4 estágio – *“I aparece tipo abrasão e lesões ligeiras da pele; II- aparece lesões parciais [...] tipo flictenas; III- lesões [...] com alguma profundidade atingindo [...] epiderme e derme; IV- Lesões totais com necrose dos tecidos atingindo tendões [...] e ossos”*.

As autoras Potter e Perry, 2006, p.942 afirmam que:

“As úlceras de pressão têm quatro estádios: No primeiro há alteração da pele integra, da cor e temperatura [...], no segundo há perda parcial da espessura da pele, envolvendo a epiderme e a derme, no terceiro se instala a perda total das camadas da pele e no quarto estágio [...] há uma destruição extensa com lesão dos músculos e ossos”.

Na 5ª pergunta, queria saber a opinião dos enfermeiros sobre quem é a principal responsável pela prevenção das úlceras de pressão

Os mesmos deixaram bem claro nas suas opiniões, que é o enfermeiro o elemento mais importante na prevenção das úlceras de pressão, pois é ele quem está mais tempo e mais próximo do utente, satisfazendo as suas necessidades como um todo, incluindo os cuidados de higiene e conforto.

Assim Potter e Perry (2006, p.246) afirmam que “[...] a prevenção de úlceras de pressão é prioridade importante da enfermagem”. Pois “os enfermeiros encontram-se sempre tão perto das pessoas e da sua realidade” (Teixeira, 1996, p.24).

M- *“É o enfermeiro, porque está em constante contacto com o utente, faz a higiene, arruma a sua cama, está sempre com ele a dar conforto”.*

O- *“É a equipa de enfermagem, porque são os enfermeiros quem lidam directamente e cuidam dos utentes como um todo, é ele quem avalia o utente quando chega no serviço”.*

S- *“É o enfermeiro, porque é ele quem cuida e está sempre perto do utente”.*

Na 6ª pergunta, pretendia saber se os enfermeiros utilizam alguma escala para avaliar o grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

Todos responderam que não utilizam nenhuma escala para avaliar os riscos, assim alguns justificaram que no referente serviço onde trabalham não tem esse hábito de utilizar escalas, ou não é adaptado nem exigido a sua utilização e outros explicaram que simplesmente ainda não utilizam escalas para avaliar os riscos de úlcera de pressão.

M- *“Não utilizamos escalas de medição dos riscos, porque não se utilizam no serviço”.*

O- *“Não há hábito de utilizar escalas, porque nunca foi dada atenção”.*

P- *“Não, porque no serviço onde trabalho ainda não usamos escalas para medir o grau de risco”.*

Q- *“Não utilizamos escalas porque não é exigido no serviço”.*

Isto mostra que é necessário medidas de incentivo no que tange a utilização de escalas para auxiliar na avaliação dos riscos, pois não há essa prática de utilizar esses instrumentos como auxílio do julgamento de enfermagem. A autora Morison (2004, p.59) refere que “a avaliação [...] implica a utilização de níveis de evidência científica como a exploração da validade das escalas de avaliação do grau de risco [...]”. Evidentemente “a utilização de uma escala de avaliação de riscos pode erradicar a necessidade de uma avaliação mais detalhada da susceptibilidade do utente para o desenvolvimento de úlceras de pressão” (*ibid*, p.66).

Na 7ª pergunta, queria saber qual a importância que os enfermeiros atribuem a utilização de uma escala de avaliação de risco.

Aqui pode-se notar que os entrevistados opinaram de forma consciente e realista. Pois mostraram que a aplicação de uma escala de avaliação dos riscos tem uma grande importância, porque auxilia o enfermeiro na tomada de decisões e a aperfeiçoar os cuidados, no que respeita a prevenção das úlceras de pressão.

Além disso, ajuda a identificar e a avaliar lesões na pele do utente de forma mais eficaz e concretizar medidas preventivas atempadamente. Referiram também, que se houvesse uma escala de avaliação nos respectivos serviços, certamente zelavam ainda mais na efectivação dos cuidados.

M- *“A utilização de uma escala é muito importante porque ajuda o enfermeiro nos cuidados e na avaliação dos riscos, e se existisse uma escala no serviço todos davam mais importância ao plano de actividade e melhorar os cuidados”*.

N- *“Se houvesse uma escala, todos utilizavam na realização dos cuidados, ajudava na hora de tomar decisões sobre o estado da pele do utente”*.

O- *“A utilização de uma escala seria muito importante, porque evitava o aparecimento de escoriações na pele do utente e também ajudava na prevenção”*.

P- *“Tem a importância de poder quantificar o grau de desenvolvimento e o grau de risco das úlceras de pressão com maior eficácia”*.

Segundo Morison (2004, ps. 68 - 70) “a atenção e avaliação podem ser variáveis num serviço de cuidados e as escalas [...] de risco podem ser úteis no fornecimento de um esquema de trabalho para a avaliação, realçando assim os factores de riscos chave”. Sendo assim, é importante a utilização de uma escala para ajudar o enfermeiro a detectar e a avaliar com maior precisão o grau de riscos, avançando com medidas preventivas.

Diante deste facto Morison (2004, p.74) diz que “um instrumento de suporte decisional como uma escala de avaliação de risco, pode fornecer uma estrutura para este tipo de avaliação conjugando com os conhecimentos dos enfermeiros, assim como a antecipação da necessidade de futuros cuidados”.

Na 8ª pergunta queria saber quais os outros critérios que utilizam na avaliação do grau de risco e quais os benefícios dos mesmos

Os enfermeiros emitiram respostas de acordo com as suas realidades. Assim, referiram que na maior parte das vezes as formas mais utilizadas são, a observação e a palpação da pele do utente e dos locais do corpo sujeitas a maior pressão e alguns também destacaram a experiência profissional na avaliação dos riscos.

Demonstram que, este exame é efectuado, sempre que fazem a higiene do mesmo e quando deparam com utentes com grandes dificuldades na mobilização. Ainda, referiram que, essas condutas trazem muitos benefícios, porque ajudam o enfermeiro a descobrir se determinados utentes estão em risco para poderem reflectir, efectuar e reforçar cuidados preventivos de forma oportuna.

M- A experiência profissional leva-me a detectar qual utente está em risco e também quando deparo com um utente acamado já tenho a curiosidade e a preocupação em observar a sua pele, se está em risco de desenvolver uma úlcera de pressão e isto é feito muitas vezes na hora da higiene, levando o enfermeiro a detectar lesões na pele dos utentes, a prevenir o aparecimento da ferida, a pensar no que é preciso fazer para melhorar o estado da pele e a aumentar os cuidados”.

N- *“Quando realizo a observação nos utentes que não conseguem levantar da cama, já evitamos o surgimento das úlceras, por exemplo quando realizamos a higiene [...] apalpamos as proeminências ósseas e juntamente com a minha experiência vou saber qual o estado dos mesmos e assim perceberemos se está em risco ou não”.*

O- *“Os enfermeiros observam o utente quando realizem a higiene e também quando trocam uma fralda sempre tem a preocupação de ver a pele do mesmo [...] e isto ajuda a detectar se o utente está em risco de criar uma úlcera para depois tomar medidas”.*

Q- *“Observando e palmando os locais da pele, ajuda-nos a identificar quem está em risco e prosseguir com um plano de intervenção”.*

De facto, a observação da pele e do estado do utente, juntamente da experiência na prestação de cuidados, são algumas formas importantes empregadas na avaliação do grau de riscos de úlceras de pressão. Assim, Henderson (2007, p.34) afirma que “em todos os casos as observações da enfermeira devem orientar a sua prestação de cuidados”.

Assim, deve-se “observar cuidadosamente a pele quanto a eritema, sobretudo nas proeminências ósseas e também se há sinais de pressão e solução de continuidade” (Elkin, Perry e Potter, 2005, ps. 626 - 629). Por outro lado Morison (2004, p. 65) afirma que “através de um conhecimento profundo dos seus utentes, os enfermeiros experientes são capazes de registar oportunidades de acção, [...] e de actuar,[...] promovendo a recuperação do utente”.

Na 9ª pergunta pretendia saber como é feito o cuidado diário da pele dos utentes acamados

Quanto aos cuidados da pele do utente, no seu dia-a-dia, alguns dos entrevistados responderam que a atenção diária da mesma é efectuada maioritariamente através da higiene, isto é, efectuando uma boa limpeza e hidratação da pele, e também analisando ao mesmo tempo o seu aspecto. Outros responderam que este cuidado é efectuado também através da mudança frequente da fralda do utente, ficando sempre atentos aos sinais de lesões causadas pela humidade da urina ou de fezes.

M- *“Lavamos [...], secamos bem a pele e se tiver algum creme ou pomada aplicamos na pele do utente”.*

N- *“Fazemos os cuidados de higiene do utente, secamos bem a pele, verificamos se a pele está com um bom aspecto e se não há presença de lesões [...] e quando está com fralda verificamos sempre se o utente já eliminou para poder trocar de fralda”.*

P- *“Ao realizar a higienização faço uma avaliação completa do utente”.*

É verdade que, uma boa higienização da pele do utente todos os dias, acompanhada de uma supervisão detalhada do estado da mesma, é uma das formas cruciais na manutenção de uma boa integridade cutânea do utente com alguma dependência. Deste modo, as autoras Baranoski e Ayello (2006, p.291) salientam que “é soberana a atenção cuidadosa para prevenir lesões cutâneas durante o desempenho de actividades de vida diária”.

Portanto “[...] o banho deve ser individualizado com base na [...] textura, secura ou oleosidade excessiva da pele” (*Ibidem*). Tal como, “em utentes incontinentes [...] a pele suja deve ser limpa imediatamente e aplicados produtos para proteger a pele” (*Ibidem*).

Na 10ª pergunta, queria saber quais os produtos que utilizam na higiene da pele dos utentes acamados

Os enfermeiros disseram que utilizam os produtos que estão disponíveis no serviço como por exemplo água tépida e sabão e as vezes utilizam outros produtos, de acordo com os recursos dos utentes e familiares, nomeadamente, cremes hidratantes, champô, gel de banho, talco, óleos, entre outros.

M- *“Água morna e sabão, porque são mais baratos e são os que existem disponíveis no serviço [...] mas se os familiares do utente têm possibilidade, trazem outros produtos como sabonete, champô, talco, gel de banho, creme”.*

N- *“Utilizam água morna e sabão porque muitas vezes há utentes que não tem muitas condições de comprar outros produtos [...]”.*

O- *“utilizamos água tépida, sabão e os familiares trazem cremes, óleo de amêndoa doce [...]”.*

P- *“Água e sabão, porque são esses os disponíveis neste serviço”.*

Considerando o facto de utilizar esses produtos, por serem mais acessíveis e também por serem menos custosos, mas é importante do ponto de vista preventiva, usar aqueles produtos de higiene apropriada e que evitem lesões na pele do utente. Para isso é essencial que o enfermeiro tenha algum tipo de conhecimento neste assunto.

Assim Baranoski e Ayello (2006, p.291) enfatizam “o uso de produtos não secantes para limpar a pele e também contraria o uso de água quente e a fricção excessiva aquando da limpeza da mesma”. Do mesmo modo, em utentes incontinentes “é necessário lavar a pele com um sabão líquido que não altera a potência hidrogeniónica (PH) e depois, de bem lavada e seca, aplica-se um creme protector a fim de impedir a urina e as fezes de irritar a pele” (Berger e Mailloux, 1995, p.372). Na mesma reflexão, as autoras Baranoski e Ayello (2006, p.291) ainda recomendam “o uso de cremes hidratantes não alcoólicos após o banho” (*Ibidem*).

Na 11ª pergunta desejava saber quais os materiais utilizados em primeiro lugar num utente incontinente

Como pode-se notar, os enfermeiros partilharam ideias semelhantes, pois revelaram que em situações de incontinência, os primeiros materiais que utilizam são as fraldas descartáveis e também os dispositivos urinários externos, enquanto isto, vão reflectindo sobre a causa da incontinência. Também deixaram bem claro que, o uso da algália é o último recurso pois é um meio mais invasivo e uma porta de entrada de infecções.

M - *“Colocar uma fralda depois de fazer a higiene do utente e se for o caso de colocar dispositivo urinário externo é colocado [...] já a algália fica em último plano, porque ela pode trazer infecções”*.

N - *“Em primeiro lugar utilizamos a fralda depois de fazer a higiene [...] e no último recurso é que colocamos a algália porque a algália é invasiva e o utente pode surgir com infecções”*.

O - *“Deve-se controlar a causa, enquanto isso vão utilizando fraldas o também dispositivos para homens e algália só no último recurso devido as contra-indicações”*.

Segundo Bollander (1998, ps.1420 - 1426) “os materiais utilizados em situações de incontinência incluem dispositivos urinários externos e produtos absorventes, como fraldas descartáveis [...]”. Entretanto “somente em último recurso, a pessoa incontinente deverá ser algaliada, devidas as contra-indicações”.

Na 12ª pergunta desejava saber quando e como é realizado a mudança de posição do utente acamado

Alguns responderam que realizam essa mudança, de duas em duas horas no máximo e outros deixaram bem claro que a mudança de uma posição para outra é feita quando estão disponíveis e em caso de necessidade, mas tem a plena consciência que ela deve ser realizada de duas em duas horas. Ainda os enfermeiros referiram que, a alternância de posição é executada, mudando o utente de um decúbito para outro com cuidado para não escorregar na cama, impedindo assim a fricção das proeminências ósseas. Também referiram que, ajudam os utentes a sentar, se no caso conseguirem permanecer sentado.

M- Duas em duas horas mudamos o utente de uma posição para outra, voltamos o utente para todos os lados, não deixamos que os dois joelhos fiquem uma em cima da outra, evitando a fricção nas proeminências ósseas e se o utente se encontra em decúbito dorsal, é feita a mudança para decúbito lateral e também se o utente consegue ficar sentado, sentamos e ficamos atrás a segurar para não escorregar na cama.

N- De duas em duas horas, efectuamos a mudança de posição, isto é, flectimos os membros inferiores do utente e voltamos de lado, se está em decúbito lateral direito colocamos para no decúbito lateral esquerdo, se estiver em decúbito ventral voltamos com cuidado para dorsal sem deslizar o utente na cama e sem pressionar a pele no colchão.

O-Quando há algum tempo, mudamos de posição mas dizem que os utentes devem ser mudados de posição duas em duas horas, mas isso é feito quando há disponibilidade, [...] se o utente está em decúbito dorsal vamos mudar para outro decúbito com muito cuidado para não machucar o utente

P- De preferência seria de 2/2 horas, mas fazemos quando há tempo e de acordo com as necessidades

Q- De duas em duas horas e sempre que for necessário

Relativamente a este assunto, pode-se dizer que, apesar do tempo limitado dos enfermeiros, é muito importante dar atenção ao horário e a forma de posicionamento de um utente confinado a cama, pois estas acções são necessárias para prevenir o aparecimento de úlceras de pressão. Assim, uma mudança constante e num curto período de tempo, acompanhada de um bom posicionamento é extremamente essencial, de acordo com as necessidades de cada utente.

Conforme Henderson (2007, p.37) afirma “a enfermeira deve conhecer os princípios de [...] posicionamentos, ser capaz de colocar o corpo humano em bom alinhamento e apoio em todas as posições na cama”. Estes incluem “nomeadamente os decúbitos lateral, dorsal, ventral e na posição de sentado” (*Ibidem*). Além disso “é da responsabilidade da enfermeira verificar que nenhum utente fica na mesma posição durante muito tempo” (*ibid*, p.38). Assim, a autora Morison (2004, p.84) diz que “tradicionalmente, o reposicionamento é considerado como mais efectivo quando realizado em intervalos de 2 horas”.

Na 13ª queria saber quais os materiais que os enfermeiros utilizam para aliviar a pressão do utente

Relativamente a esta pergunta, os entrevistados disseram que, utilizam os materiais que estão disponíveis no serviço, aqueles que vão de encontro com as possibilidades dos utentes e os que são improvisados. Diante disto, a maioria referiu o uso principalmente de almofadas, rolos, luvas com água, protecção de calcâneos, e rodilhas feita de algodão e ligaduras, além desses, alguns referiram também, o uso de colchões que previne úlcera de pressão para aqueles que conseguem obter esse material.

M- *“Utilizamos aqueles que vão de encontro com as possibilidades do serviço como os rolos, almofadas, espuma modular e luvas com água como improviso”.*

N- *“Há alguns equipamentos que utilizamos no serviço como a almofada, rolos, pensos hidrocelulares”.*

O- *“Utilizamos luvas com água, apesar de estar a cair em desuso por causa das contra-indicações, almofadas, lençóis, rolos, colchão anti-escara para aqueles que conseguem adquirir”.*

Q- *“Luvas com água, rodilhas feitas com algodão e ligadura”.*

O uso de equipamentos de alívio e redistribuição da pressão é importante, na medida que auxiliam na prevenção de úlceras de pressão. Embora os recursos disponíveis são poucos, é utilizado muitos desses materiais para aliviar a pressão, em unidades de cuidados, nomeadamente as almofadas, colchões especiais, protectores de calcâneos e de outras proeminências ósseas. Por outro lado, deve-se levar em conta, as contra-indicações de alguns equipamentos.

Assim Dealey (1997, p.53) afirma que “há um leque cada vez maior de equipamentos de redistribuição da pressão à disposição dos utilizadores”. No entanto “através de medida simples pode aumentar-se o alívio da pressão, nomeadamente as almofadas que podem aliviar a pressão nas proeminências ósseas como os calcâneos, maléolos e joelhos” (*ibid*, p.155).

Na 14ª pergunta desejava saber a opinião dos enfermeiros, sobre quem deve colocar a arrastadeira para o utente

Todos mostraram ter uma clara consciência de quem deve colocar a arrastadeira a um utente, neste caso é o enfermeiro porque ele é quem presta os cuidados preventivos aos utentes e sabe a técnica correta de a colocar, mas devido a sobrecarga de trabalho esse cuidado por vezes é delegado a outras pessoas.

M-*“É o enfermeiro, porque sabe a técnica correta de colocar a arrastadeira no utente sem causar lesão na pele do utente e nas proeminências ósseas, mas muitas vezes é o servente é que coloca a arrastadeira porque as vezes não há tempo”.*

N- *“O mais correto é o enfermeiro, mas como há excesso de trabalho é o servente que coloca a arrastadeira, mas é o enfermeiro quem sabem a técnica correta de colocar a arrastadeira”.*

O- *“O auxiliar coloca a arrastadeira, porque as vezes o enfermeiro não tem muita disponibilidade para isso porque está ocupado em outras coisas”.*

S- *“É o enfermeiro porque é ele quem cuida do utente e sabe a técnica correta”.*

De acordo com Bollander (1998, p.1396) “Para satisfazer as necessidades de eliminação as pessoas precisam muitas vezes da assistência de profissionais de saúde”. Portanto “é função das enfermeiras [...] ajudar os utentes a sentar-se na [...] arrastadeira” (*ibid*, p.1418).

Na 15ª pergunta pretendia saber como é feito a avaliação do estado nutricional dos utentes acamados

Como pode-se constatar, os enfermeiros enunciaram que a avaliação nutricional é feita através da observação do estado físico aparente, verificando a situação de hidratação da pele do utente, o peso e as condições da alimentação. Assim Henderson (2007, p.28) realça que “as enfermeiras devem estar aptas [...] sobre os parâmetros de altura e peso e sobre os requisitos nutricionais”. Segundo Potter e Perry (2006, p.825) “Se o utente encontra em risco de ter problemas nutricionais, deve fazer uma avaliação nutricional mais profunda [...], examinando para detectar alterações nutricionais reais ou potenciais”.

M - *“Observamos se está emagrecido através do peso que apresenta, se está desidratado quando fazemos uma prega na pele e prega fica muito tempo na pele”*.

N - *“No que realça a vista, verificamos se o utente tem perda de peso e se está desidratado e comunicamos a enfermeira chefe e ela comunica com um nutricionista [...] e depois avaliamos o estado do utente”*.

O - *“Quando chega a hora das refeições [...] horas o enfermeiro observa quem não consegue alimentar sozinha e dá o alimento para esse utente”*.

Q - *“Observando a pele se existe prega cutânea ou não e se o utente alimenta convenientemente”*.

S - *“É feito uma avaliação do estado nutricional, observando se está desidratada ou não”*.

Na 16ª pergunta queria saber quais os cuidados que os enfermeiros têm com alimentação do utente acamado

No que diz respeito ao alimento dos utentes acamados, os enfermeiros mostraram ter uma máxima atenção no aspecto da comida e também nas necessidades do utente, permanecendo atento a quantidade de alimentos e líquidos ingeridos, tendo em conta a dieta.

M- “[...] *quando trazem a comida para os utentes, verificamos se está com bom aspecto, ajudamos os utentes que não conseguem alimentar-se sozinhos, verificamos também se o utente comeu toda a comida ou se deixou a maior parte e também temos que oferecer líquidos*”.

P- “*Temos cuidado para que o utente tenha uma alimentação equilibrada, ou providenciar junto dos nutricionistas suplementos nutricionais*”.

Q- “*Tentamos no máximo oferecer ao utente uma dieta rica em proteína, vitaminas e glicídios*”.

S- *Ajudamos o utente a alimentar-se quando é dependente [...] e temos de saber também as restrições alimentares.*

Conforme Potter e Perry (2006, p.823) “os indivíduos diferem em necessidades calóricas e nutrientes, de acordo com [...] condições específicas em que se encontram, como a presença de doenças”. Pois “os utentes com compromisso da mobilidade [...] podem necessitar de ajuda numa série de actividades, tais como no arranjo das refeições ou na alimentação a boca” (Potter e Perry, 2006, p.827). Por outro lado “uma boa nutrição depende da ingestão equilibrada de todos os nutrientes necessários” (*Ibidem*).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções de enfermagem baseadas na prevenção, tem uma grande importância na medida que controlam e impedem o surgimento de complicações futuras indesejadas e também recuperem ou mantêm o nível de qualidade de vida saudável. A enfermagem como uma área de cuidar, procura na sua essência, ajudar na satisfação das necessidades, aqueles que por algum motivo perderam essa capacidade ou experimentam algum período de alteração na sua saúde. Esta reflexão harmoniza ao assunto discutido neste estudo, na qual é valorizado os cuidados de enfermagem que são extremamente importantes na prevenção das úlceras de pressão em utentes que se encontram acamados.

As úlceras de pressão é um problema frustrante que tem vindo afectando muitas pessoas e constitui objecto de preocupação de muitos profissionais de saúde, nomeadamente a classe de enfermagem que lidam directamente e passam muito tempo com os utentes. Assim “o conhecimento sobre as úlceras de pressão, [...] distribuição e somatório dos factores que controlam a sua presença ou ausência é um primeiro passo importante que vai de encontro ao desafio da sua prevenção” (Morison, 2006, p.7).

Assim, a temática desenvolvida neste estudo revela uma grande relevância em todas as realidades de cuidados, porque na actualidade como no passado, há muitas utentes portadoras de incapacidades que necessitam de serem prevenidas das úlceras de pressão.

Da pesquisa realizada, o investigador constatou que os enfermeiros do hospital Batista Sousa, adoptam estratégias para prevenirem as úlceras de pressão, de acordo com os recursos disponíveis. É de realçar que os enfermeiros dispõem de conhecimentos sobre o que envolve as úlceras de pressão, nomeadamente o conceito, os vários factores de riscos, a sua classificação e também os locais mais propensos de desenvolver uma úlcera de pressão e sobretudo da responsabilidade nas práticas preventivas que podem ser desenvolvidas.

Além disso, foi observado que os enfermeiros não utilizam instrumentos validados, isto é, escalas para auxilia-los na avaliação dos riscos de úlceras de pressão, isto devido a falta de hábito e incentivo na sua utilização nos serviços de cuidados. Mas os enfermeiros têm a clara consciência da importância da utilização desses instrumentos, na avaliação dos riscos e na tomada de decisões a nível da prevenção.

No que toca a forma de avaliação dos riscos no dia-a-dia, pode-se constatar que é feita através da observação e da palpação do utente na hora da higiene e da alimentação, observando o estado da pele, se há alguma lesão e também se há sinais de desidratação.

É importante salientar que uma avaliação superficial, muitas vezes não ajuda muito a detectar outros problemas, mas sim deve ser efectuada de forma pormenorizada de maneira a detectar todas as alterações da mesma.

No que diz respeito a mudança de posição dos utentes acamados, este é realizada na maioria das vezes quando há tempo disponível e em casos de necessidade, entretanto reconhecem que o utente deve ser reposicionado num intervalo de duas em duas horas, pois é o mais correto e previne o aparecimento de lesões na pele do utente. Quanto aos materiais de alívio da pressão, utilizam aqueles que vão de encontro com os recursos da instituição e improvisando muitas vezes devido à falta de materiais suficientes.

Relativamente a satisfação das necessidades de eliminação, foi demonstrado que o enfermeiro é o principal responsável pela criação de meios favoráveis na satisfação da mesma, utilizando os conhecimentos adquiridos. Mas muitas vezes delegam alguns cuidados a outras pessoas, devido ao factor tempo que é limitado e também devido a falta de profissionais suficientes.

Além de muitos esforços efectuados pelos enfermeiros, há muitas intervenções, recursos materiais e científicos, que devem ser mobilizados para a prevenção das úlceras de pressão. Sendo assim, é fácil constatar que a utilização e o aperfeiçoamento de meios preventivos, fazem parte do compromisso de enfermagem na medida em que, representam um dos pilares essenciais na precaução das úlceras de pressão em utentes acamados, encontradas em diferentes contextos de cuidados de saúde.

Convém ainda realçar outro aspecto, que foi considerado também importante na pesquisa, mormente que o enfermeiro é a principal responsável pela prevenção das úlceras de pressão, pois é ele quem está mais próximo e mais tempo com os utentes, satisfazendo as suas necessidades como um todo e também é ele o profissional de saúde que presta os cuidados de higiene e conforto ao utente.

A elaboração deste trabalho, foi muito importante, na medida em que permitiu-me adquirir e aprofundar os meus conhecimentos sobre a temática desenvolvida neste estudo. Possibilitou a aplicação de conhecimentos já adquiridos e permitiu o desenvolvimento de competências na área de investigação. Além disto, proporcionou-me a oportunidade de conhecer novos conceitos e a importância das intervenções de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão em utentes acamados.

Em relação aos objectivos proposto, pode-se concluir que foram alcançadas, uma vez que foi provado que os enfermeiros possuem conhecimentos acerca dos conceitos das úlceras de pressão, permitiu-me conhecer os critérios que os enfermeiros utilizam para avaliar os riscos das úlceras de pressão e também permitiu-me identificar quais os cuidados que a equipa de enfermagem possuem com a pele do utente acamado e o seu estado de hidratação.

Em relação ao objectivo geral deste trabalho, é possível verificar que ficou bem claro, sobre as várias intervenções que os enfermeiros desenvolvem para a prevenção das úlceras de pressão em utentes acamados.

Sendo o primeiro trabalho científico realizado, foram sentidas algumas dificuldades durante a realização do mesmo, sobretudo na hora de seleccionar entre as várias informações, aqueles que eram realmente mais importantes para o trabalho e no que diz respeito a investigação prática, foi muito difícil encontrar enfermeiros que realmente queriam disponibilizar tempo e informações para a pesquisa. Mas apesar de tudo, consegui ultrapassar essas dificuldades, através do empenho e dedicação e sobretudo ter conseguido concluir este trabalho.

Tendo em conta os resultados obtidos do estudo realizado no Hospital Batista Sousa houve-se a necessidade de referir algumas propostas, que acredita-se ser importante para melhorar os cuidados de enfermagem.

Sabendo dos problemas criadas pelas úlceras de pressão, acredito que esta temática merece ser mais estudada em investigações futuras e também é muito importante reflectir sobre as práticas preventivas já utilizadas para que possamos dar oportunidade a outras novas intervenções eficazes na prevenção das úlceras de pressão. Para isso, é necessário encorajar os enfermeiros a participar em estudos de investigação, a fim de ter evidências científicas no futuro para aperfeiçoar e orientar no processo de decisão, na área preventiva.

Acredito também que seria importante, a utilização de escalas de avaliação de risco, afim de auxiliar o enfermeiro a detectar com mais precisão os utentes em risco de desenvolver úlceras de pressão e também deveriam aumentar o número de recursos humanos com objectivo de satisfazer as necessidades na sua totalidade, uma vez que a sobrecarga de trabalho não ajuda neste aspecto. E também seria importante o aumento de mais recursos materiais para ajudar a diminuir a pressão que o utente exerce na cama. E por último, não menos importante, considerou-se necessário, referir sobre a necessidade de melhorar o trabalho em equipa, pois as decisões de melhoria, depende muito da conexão entre os enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livros consultados

1. Adam, E., (s/d), Ser enfermeira, Lisboa, Etudes Vivantes
2. Baranoski, S., Ayello, E., (2006), O essencial sobre o tratamento de feridas: Princípios práticos, Loures, Lusodidacta.
3. Berger, L., Mailloux, D., (1995), Pessoas idosas: Uma abordagem global, Lisboa, Lusodidacta.
4. Berman, *et al*, (2008), Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo y práticas, 8ª edição, Madrid, Pearson Educación.
5. Bollander, V., (1998), Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica, Lisboa, Lusodidacta.
6. Cruz, *et al*, (2007), Técnicas de reabilitação II, 2ª edição, Coimbra, Formasau.
7. Dealey, C., (1997), Tratamento de feridas: guias para enfermeiros, 1ª edição, Lisboa, Climepsi.
8. Elkin, M., Perry, A., Potter, P., (2005), Intervenção de enfermagem e procedimentos clínicos, 2ª Edição, Loures, Lusociência.
9. Fortin, M.F., (1999), O processo de investigação: Da concepção à realização, Loures, Lusociência.
10. Fortin, M.F., (2009), Fundamentos e etapas do processo de investigação, Loures, Lusodidacta.
11. Goldsmith, L., Lazarus, G., Tharp, M., (2000), Dermatologia de adultos e pediátrica: Guia ilustrado de diagnóstico e tratamento, Loures, Lusociência.
12. Graça, A., (2012), Introdução à investigação científica: Guia para investigar e redigir, Mindelo, Edição da Universidade do Mindelo.
13. Henderson, V., (2007), Princípios básicos de enfermagem da CIE, Portugal, Lusodidacta.
14. Hicks, C., (2006), Métodos de investigação para terapeutas clínicos: concepções de projectos de aplicação e análise, 3ª edição, Loures, Lusociência.
15. Hoeman, S., (2011), Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados, 4ª edição, Loures, Lusodidacta.

16. Menoita, E., (2012), Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente, Loures, Lusociência.
17. Morison, M., (2004), Prevenção e tratamento de úlceras de pressão, Loures, Lusociência.
18. Nightingale, F., (2005), Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é, Loures, Lusociência.
19. Pereira, F., (2009), O processo de investigação: Algumas regras metodológicas para a elaboração de dissertações, projectos e relatório de estágio, Escola superior de comunicação social, Instituto Politécnico de Lisboa.
20. Potter, P., Perry, A., (2006), Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos, 5 edição, Loures, Lusociência.
21. Prodanov, C., Freitas, E., (2013), Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho académico, 2edição, Novo Hamburgo, Universidade Feevale - Rio Grande do Sul, Brasil.
22. Quivy, R., Campenhout, L., (1998), Manual de investigação em ciências sociais, Lisboa, Gradiva.
23. Rice, R., (2004), Práticas de enfermagem nos cuidados domiciliários: Conceitos e aplicações, 3ª edição, Loures, Lusociência.
24. Rodrigues, W., (2006), Métodos de investigação para terapeutas clínicos: Concepção de projectos de aplicação e análise, Paracambi, Faetec.
25. Saldanha, H., (2009), Bem viver para bem envelhecer: Um desafio à gerontologia e a geriatria, Lisboa, Lidel.
26. Sousa, M., Batista, C., (2011), Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios, Lisboa, Pactor.
27. Streubert, H., Carpenter, D., (2002), Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista, 2ª edição, Porto, Lusociência.
28. Tomey, A., Alligod, M., (2004), Teorias de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem, 5edição, Loures, Lusociência.
29. Vilelas, J., (2009), Investigação: O processo de construção do conhecimento, 1ª edição, Lisboa, Silabo.

Artigos de revista

30. Wada, A., Neto, N. e Ferreira, M., (2010), Úlceras de pressão, Review Médical, São Paulo, 89, 173-174. <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/>, 4-04-2014, 12: 00

Dissertações e teses

31. Coroadas, A., (2010), Visita domiciliária de enfermagem como estratégia na prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de licenciada em enfermagem.

http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1632/1/Mono_AnaCoroadas.pdf 26-12-2013, 16: 10

32. OTA, A., (2008), Prevenção das úlceras de pressão. Trabalho de conclusão de curso apresentado a Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro.

<http://www.essex.ensino.eb.br/doc/pdf> 1-05-2014, 18:00

33. Paiva, L., (2008), Úlceras de pressão em utentes internados em um hospital universitário em Natal/RN: Condições pré-disponentes e factores de risco. Dissertação apresentada ao departamento de enfermagem, do centro de ciências da saúde, da universidade Federal do Rio Grande do Norte.

<ftp://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/LucilaCP.pdf> 26-12-2013, 16: 55

34. Pini, L., (2012). Prevalência, risco e prevenção de úlceras de pressão em unidades de cuidados de longa duração. Mestrado em evidência e decisão em saúde. Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde.

<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63858/2/DissertaoLuna%20PiniUP.pdf>

26/12/2013, 17: 20

35. Teixeira, M., (1996), A prestação de cuidados de enfermagem no domicílio: Um desafio contínuo, Dissertação de mestrado apresentado a Universidade do Porto.

Informações obtidas através da internet

36. Ministério da Saúde de Brasília, (2002), Manual de condutas para úlceras de pressão neurotróficas e traumáticas. Brasília, Secretaria de política de saúde, Departamento de atenção básica, <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicac.pdf> 4-04-2014, 18:2

37. Ministério da Saúde de Portugal, (2013), Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Fiocruz, Anvisa, www.hospitalsantalucinda.com.br/.../prot_prevencao_UPP, 4-04-2014, 17:00
38. Prefeitura Municipal de Florianópolis, (2008), Protocolo de cuidados de feridas. Secretaria Municipal de Saúde.
- <http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/pdf> 29-04-14, 11: 30

ANEXOS

Anexo 1 - Escala de Norton para avaliação do grau de risco de úlcera de pressão

Nota: quanto maior a pontuação, menor é o grau de risco de desenvolver uma úlcera de pressão.

FACTORES DE RISCO	CATEGORIA	VALOR
CONDIÇÃO FÍSICA	Boa	4
	Razoável	3
	Pobre	2
	Muito má	1
ATIVIDADE	Deambula	4
	Anda com ajuda	3
	Sentado na cadeira	2
	Acamado	1
INCONTINÊNCIA	Nenhuma	4
	Ocasionalmente	3
	Usualmente	2
	Urinária	1
	Ambas	
ESTADO MENTAL	Alerta	4
	Apático	3
	Confuso	2
	Estupuroso	1
MOBILIDADE	Total	4
	Limitada	3
	Muito limitada	2
	Imobilidade	1

Fonte: Cruz *et al*, (2007) Técnicas de reabilitação II

Anexo 2- Escala de Braden para avaliação do grau de risco de úlcera de pressão

Nome do utente: _____

Nome do avaliador: _____

Data da avaliação: ____ / ____ / ____

Serviço: _____ Cama: _____ Idade: _____

Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

Percepção sensorial	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação
Humidade	1. Pele constantemente húmida	2. Pele muito húmido	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Pele raramente húmida
Actividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente
Mobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelment e inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e deslizamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Nenhum problema	

Fonte: Barbara Braden e Nancy Bergstrom, 1988, *apud* Baranoski e Ayello, 2004
«adaptado de»

**Anexo 3 - Requerimento da coordenação do curso de enfermagem para
solicitar autorização a direcção do Hospital Batista Sousa**



UNIVERSIDADE DO MINDELO

Sapientia et Virtus

11 ANOS PROMOVENDO A QUALIDADE



**Exma. Senhora Directora
Hospital Baptista De Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos**

Mindelo, 21 de Março de 2014

Assunto: Recolha de Dados para Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio comunicar que no âmbito do Basing Clínico Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica, integrado no 2º Semestre do 4º Ano do curso, os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar-me,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros e profissionais da saúde de Cabo Verde.

A Coordenadora do curso Licenciatura Em enfermagem

Enl.ª Acelia Mireya Caceres

Universidade do Mindelo

Departamento Escola de Saúde

Tel: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv



Rua Patrio Luminoso, CP 645 - Mindelo - S2o Viseu - CABO VERDE
<http://www.uni-mindelo.edu.cv> - e-mail: geral@uni-mindelo.edu.cv - Telefone: +238 2325510 - Fax: +238 2325512

Anexo 4- Requerimento para solicitação de autorização para o estudo

A Comissão de
Ética para
Promoção
13/05/2014

UNIVERSIDADE
DO MINDELO

A Superintendente
de ZUS. para parecer.

Exma. Senhora Directora
Hospital Batista Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos

Eu, Ivanízia Silva Josefa, nº2301, estudante do 4º Ano do curso licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, a desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso sobre o tema "A intervenção de enfermagem na prevenção de úlcera de pressão em doentes acamados" vem mui respeitosamente solicitar a vossa excelência, se digne disponibilizar dados estatísticos de estudos recentes de incidência de úlceras de pressão em doentes acamados nos serviços de Cirurgia e Medicina.

Telefixo -
Telenónd -

A Requerente,
Mindelo, 23 de Abril de 2014
Ivanízia
/Ivanízia Josefa/

Subscrito
15/05/14

HOSPITAL DR. BATISTA DE SOUSA
433-24414

Aprovado pela comissão de ética
14/05/14

Dra. M. A. Adelaide Delgado
Nutricionista
Hospital B. Sousa
Vizente

Dra. M. A. Adelaide Delgado
Nutricionista
Hospital B. Sousa
Vizente

Anexo 5 - Guião de entrevista para os enfermeiros

O tema em estudo: A importância da intervenção de enfermagem na prevenção de úlcera de pressão em utentes acamados.

Este guião tem como objectivos os seguintes:

- Identificar que conhecimentos os enfermeiros possuem sobre as úlceras de pressão;
- Conhecer os critérios utilizados pela enfermagem para avaliar os riscos;
- Identificar quais os cuidados de prevenção a pele e estado de hidratação realizado em utentes acamados com risco de desenvolver úlceras de pressão.

A) Caracterização geral

Sexo: Feminino____ Masculino____

Idade: _____anos

Categoria profissional

Tempo de actividade profissional

Tempo de actividade profissional no serviço

B) Conceitos dos enfermeiros sobre as úlceras de pressão (definição, factores de riscos, locais corporais de maior pressão e estádios)

- 1- O que entendes por úlcera de pressão?
- 2- Como são classificados os factores de risco das úlceras de pressão e quais são esses factores?
- 3- Quais os locais do corpo onde desenvolvem úlcera de pressão com maior frequência?
- 4- Quanto estádio é dividido uma úlcera e quais são esses estádios?

C) Prevenção das úlceras de pressão (escalas de avaliação do grau de risco e cuidados preventivos)

- 5- Na sua opinião, quem é a principal responsável pela prevenção das úlceras de pressão e porquê?
- 6- Você utiliza alguma escala para avaliar o grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, se sim, qual é?

- 7- Na sua opinião, qual é a importância da utilização de uma escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão?
- 8- Quais são os outros critérios que você usa na avaliação do grau de risco e quais os seus benefícios?
- 9- Como você realiza a vigilância diária da pele do utente acamado?
- 10- Quais os produtos que você utiliza na higiene do utente acamado e porquê?
- 11- Na sua opinião, qual a conduta que você realiza em primeiro lugar, perante um utente acamado com incontinência urinária?
- 12- Quando e como realiza a mudança de posição do utente acamado?
- 13-Quais as superfícies de apoio que utiliza para aliviar a pressão do utente acamado?
- 14- Para si, quem deve colocar a arrastadeira para o utente acamado e como deve ser feito?
- 15- Como é feito o cuidado do estado nutricional dos utentes acamados?
- 16- Quais os cuidados que você tem com alimentação do utente acamado?

Anexo 6- Termo de consentimento livre e esclarecido

Presado(a) senhor(a),

Eu, Ivanízia Silva Josefa, nº 2301, estudante do 4º ano do curso de licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, gostaria de o/a convidar a participar na pesquisa cujo tema é “A importância das intervenções de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão em utentes acamados”, orientada pela Enfermeira Mireya Cáceres. O objectivo geral da pesquisa é conhecer as intervenções de enfermagem que visam prevenir as úlceras de pressão nos utentes acamados, nos serviços de cirurgia e de medicina do Hospital Batista Sousa

A sua participação será realizada por meio de entrevista semi-estruturada e neste contexto a sua participação será importante na medida que contribuirá no processo de recolha de informações que será trabalhada na pesquisa que se pretende realizar.

Gostaria de esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isso a prejudique. Todas as informações serão utilizadas somente nesta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Mindelo, _____ de _____ de 2014

A Pesquisadora,

\Ivanízia Josefa\

_____ Tendo sido devidamente esclarecido(a) sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente na pesquisa descrita acima.